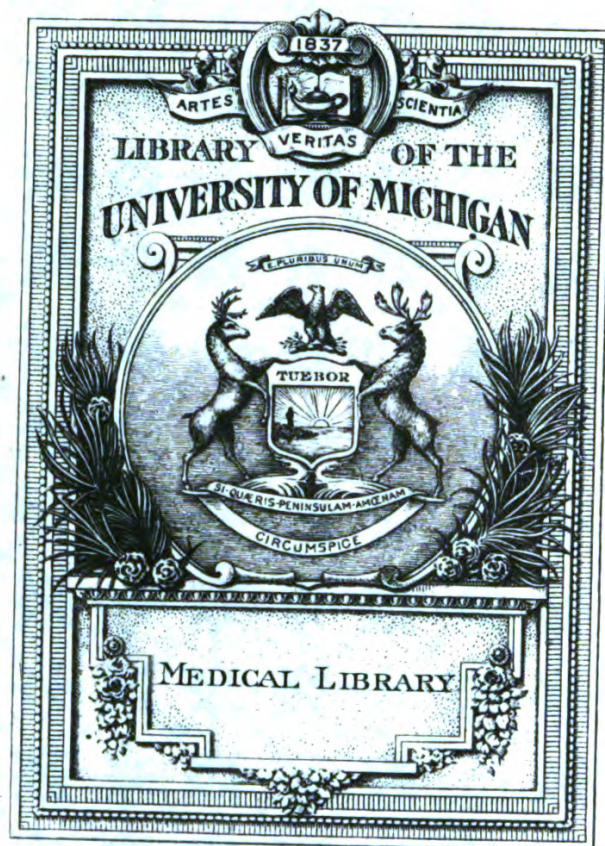
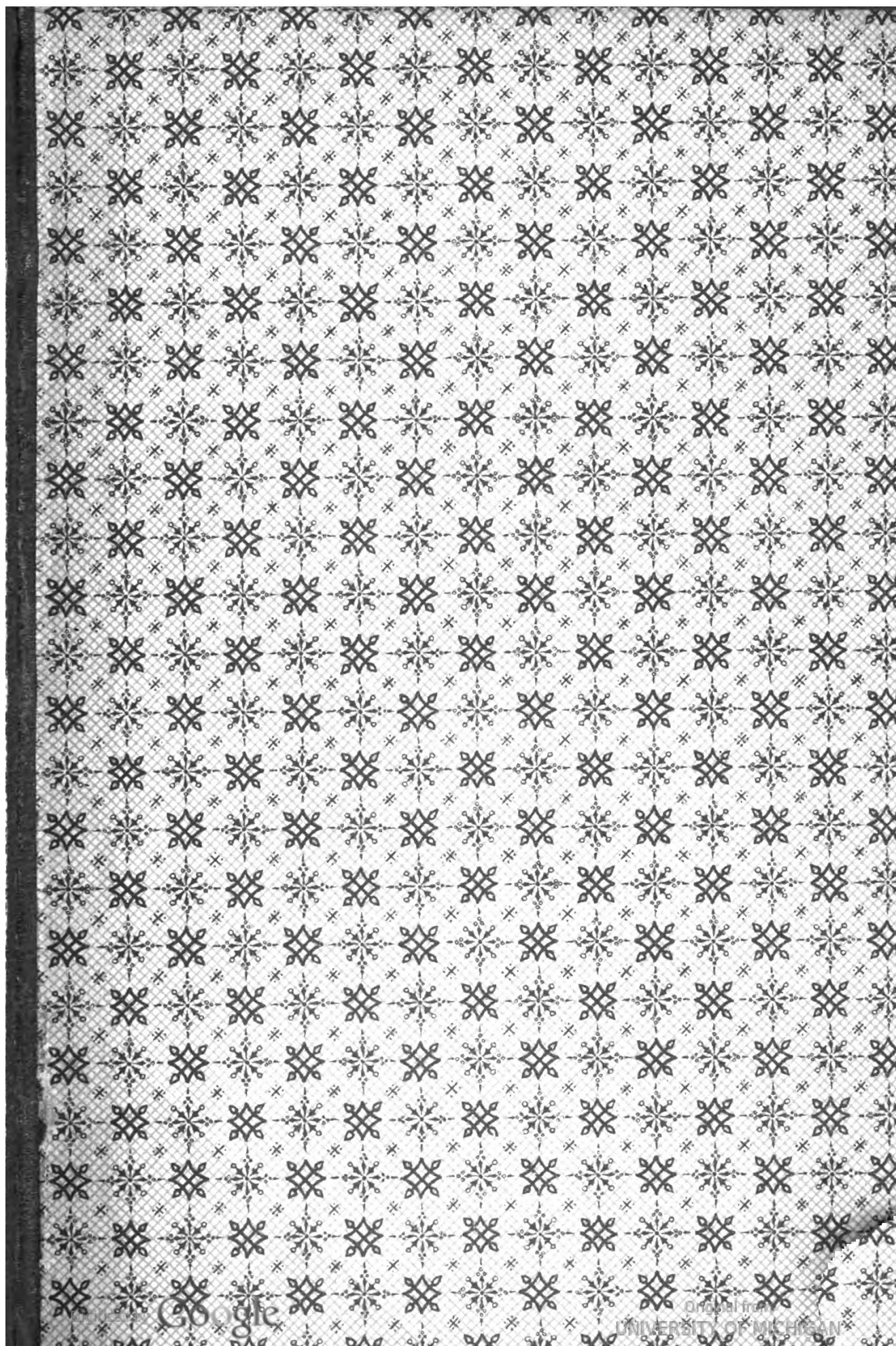




Excerpta medica
1902/1903





610.5
E95

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben

von

Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.



Zwölfter Jahrgang 1902/1903.



CARL SALLMANN IN LEIPZIG

1903.

24

Medical
Müller
1-29-27
13902

Verzeichniss der Stich- und Schlagworte.*)

- | | |
|---|---|
| Adipositas 8. | Fracturen und Luxationen 4, 9, 10. |
| Agrypnie 5, 8, 11. | Fremdkörper 1, 5. |
| Akne 1. | Furunkel 1, 9. |
| Anaemie, Chlorose 1, 5, 10, 11. | Gonorrhoe 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12. |
| Anaesthesie, Narkose 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12. | Helminthiasis 8, 11. |
| Aneurysmen 2. | Hemicranie 10. |
| Antisepsis, Asepsis, Desinfection 2, 4, 6, 8, 9, 12. | Hernien 3, 11. |
| Appendicitis 6. | Herpes 7. |
| Arznei-Exantheme 1, 8. | Hyperidrosis 7, 10. |
| Asthma 7, 9. | Hysterie 7, 10. |
| Augenentzündungen 3, 5, 12. | Ileus 7. |
| Barlow'sche Krankheit 12. | Impotenz 3, 5. |
| Blutungen 2, 4, 5, 7, 9, 11. | Influenza 7. |
| Caries dentium 9. | Intoxicationen 4, 5, 6, 10. |
| Cholelithiasis 8, 10. | Lepra 1, 2. |
| Combustio 1. | Lupus 1. |
| Cystitis 7. | Magen- und Darmkatarrh 1, 4, 7, 9, 12. |
| Decubitus 2. | Menstruationsstörungen 3. |
| Diabetes 2, 3, 9, 11. | Nephritis 4, 11. |
| Diphtherie 4, 5. | Nephrolithiasis 4. |
| Dysenterie 3. | |
| Ekzem 1, 2, 7, 12. | |
| Epilepsie 2, 5, 10. | |
| Erysipel 4, 6. | |

*) Hier bezeichnen die Zahlen die Nummern des Blattes, bei allen übrigen Registern die Seiten.

IV

Obstipatio 7.

Oedem 5.

Otitis 6.

Paralysen 4, 8.

Paralysis agitans 8.

Pertussis 2, 5, 8, 11.

Pityriasis versicolor 10.

Pleuritis 7.

Pneumonie 2, 4, 7, 10.

Prolapsus uteri 11.

Prurigo 5.

Pruritus 5.

Psoriasis 1, 10.

Rheumatismen 3, 5, 6, 8, 11.

Rhinitis 3, 11, 12.

Scarlatina 9.

Schwangerschaft, Geburt,

Wochenbett 1, 2, 3, 4, 6,
7, 8, 11.

Seborrhoe 5.

Seekrankheit 9.

Sepsis 6, 11, 12.

Stomatitis 7.

Struma 7, 12.

Syphilis 3, 5, 6, 7, 12.

Tabes 1, 2, 3, 4, 9, 12.

Tetanus 1, 2, 11.

Tuberculose 3, 4, 5, 6, 7, 8,
9, 10, 11.

Tumoren 3, 5, 6, 10.

Typhus 2, 4, 9.

Ulcus cruris 2, 7.

— **molle** 1, 10.

— **ventriculi** 6, 9.

Uraemie 8.

Varicen 7.

Variola 10.

Vitia cordis 2, 3, 4, 6, 8, 10, 12.

Inhalts-Verzeichniss.

A.

- Abort, Ferropyrin bei 149, Curettement oder nicht? 319.
- Abrotanol bei Magendarmaffectionen 316.
- Abscesse, Amyloform 145, Jodoform-Calomel 243.
- Acetessigsäure - Reaction im Harn von Diabetikern 379.
- Achillessehnenreflexe u. Tabes 176.
- Acid. arsenic. subcutan bei Psoriasis, Lichen etc. 21.
- boric. als Mundwasser 378.
- carbolic. bei Erysipel 155, Magencarcinom 469.
- chromic. bei Gonorrhoe 305.
- salicyl. bei Lepra 17, Alopecie 219, Pityriasis versicolor 460.
- sulfuric. bei Pruritus 215.
- tannic. bei Alopecie 219.
- Acoin i. d. Zahnheilkunde 241.
- Adipositas dolorosa 337, 338, Entfettungsmethode von Kisch 342, Kautabletten 570.
- Adonis vernalis mit Theocin 374.
- Adrenalin in der urologischen Praxis 40, in der Nasen- und Ohrenpraxis 151, in der Chirurgie 385, 530, zu ophthalmologisch. Zwecken 199, 458, mit Cocain als Anaestheticum 489, als Haemostaticum 296, bei Hydrorrhoea nasalis 515, bei Asthma 295, 390.
- Aether, Narkose mit 49, 289 bis 295, 439.
- Aethylchlorid, Narkose mit 438.
- Agrypnie, Pyramidon bei 140, Hedonal 193, 343, Paraldehyd 193, Scopolamin 193, Veronal 343, 481—484.
- Agurin als Diureticum 89, 90, 275, 317, 372, Arzneiexanthem nach 347.
- Airolpaste als Wundmittel 146.
- Akne, Herba violae tricoloris gegen 1, Chielin 11, Hefe 14, Thigenol 477.
- Albargin bei Gonorrhoe 304.
- Albuminurie bei der Schmiercur 120, bei der Geburt 172, nach Schädelverletzungen 277, bei Aortenklappeninsufficienz 565, durch Zusatz von Hühnereiweiss zum Harn 283; Apparat zur Prüfung der A. 45.
- Alkohol zur Händedesinfection 57.

VI

Alopecia seborrhoica 219; Prophylaxe der A. 39.

Alsol in der Augenheilkunde 534.

Amaurose bei Pertussis 361, Uraemie 370, 371.

Amyloform als Wundmittel 145,

Anaemie Chlorose. Perdynamin 2, 3, 433, Ferropyrin 149, Protylin 433, Pill. Sanguinal. 195, Phorxal 434, Thigenol 476, Extr. Chinae Nanning 574; ex tempore bereitetes Eisenwasser 487, Leistungsfähigkeit der Eisentherapie 435; Psychosen bei pernicioser A. 484, enterogene Ursache der perniciosen A. 485.

Anaesthesie, Narkose. Chloroformnarkose 438, Chloroformnarkosenmaske 490, Vorzüge und Technik der Aethernarkose 289—295, Operiren im ersten Aetherrausch 49, Aethertropfmethode 439, Aethylchloridnarkose 438, Narkosen mit Schleich's Gemisch I 242, Anaesthesin bei chirurg. Operationen 50, 196, intern u. extern 241, Subcutin 488, Scopolamin - Morphin - Injectionen in der Geburtshülfe 196, Acoïn in der Zahnheilkunde 241, 242, Adrenalin in der Chirurgie 385, 530, Cocain-Adrenalin 489, Methyلاتropin. brom. 529, Yohimbin als locales Anaestheticum 436, 490, Natr. bicarb. als schmerz lindern- des Mittel 197.

Anaesthesin. hydrochloric. bei kleineren Operationen 50, als locales Anaestheticum 196, 241, bei Erysipel 247, Combustio 488.

Aneurysmen, verborgene, der Aorta 51, Jodipin bei A. der Aorta 42, eines Saphenastates 53.

Angina tonsillaris u. Appendicitis 245, Kautabletten bei 569, Sozjodolnatr. bei scarlatinöser A. 410, Ichthyol-sublimat dabei 410.

Anthrasol, Anwendung 567.

Antimorphin, Werth des 236.

Antipyrin, Arzneiexanthem nach 5.

Antisepsis, Asepsis, Desinfection.

Desinfection der Hände mit Sublamin 56—59, der Instrumente mit Seifenspiritus 147, 533, der Seide mit Sublamin 56, 58, Behälter für eingefädelte Nadeln 243, Vorrichtung zum aseptischen Selbstkatheterismus 243, gebrauchsfertige aseptische Verbandstoffe 345, Wasserstoffsuperoxyd zur Desinfection 377; als Verbandmittel 344, 376, aseptische Tamponade der Nase 532, Ichthyol bei Brandwunden 346; Helmitol als Darmdesinfectans 299; Airolpaste bei Wunden 146, Lysoform 244, Carbollysoform 55, Amyloform 145, Xeroform 390, Septoforma 388, Dymal 533, Jodoform-Calomel 243.

Antistaphylokokkenserum 428.

Antitussin bei Pertussis 214.

Aortenaneurysma s. **Aneurysmen**.
Aortenzerreissung, traumatische 134.
Aphasie bei **Pertussis** 361.
Apoplexia cerebri, späte, nach **Schädeltraumen** 200.
Appendicitis u. **Anginen** 245, und **Oxyuren** 245.
Aqua Calcis bei **Fluor. albus** 333.
Argent. nitric. bei **Pruritus** im **Ohr** 217, **Caries dentium** 397, **Gonorrhoe** 305, als **Prophylacticum** gegen **Masernotitis** 254; **Katarrh** der **Neugeborenen** durch **A.** 408.
Arhéol bei **Gonorrhoe** 208.
Aristochin bei **Pertussis** 214, 281, 360.
Aristol bei **Rhinitis** u. **Heufieber** 553, 554.
Arteriosclerose, **Agurin** 275, **Theocin** 373.
Arthritis deformans, **Salocreol** 379, **Ester-Dermasan** 510.
Arznei-Exantheme nach **Agurin** 347, **Antipyrin** 5, **Aspirin** 3, 347, **Codein** 250, **Diuretin** 347, **Jod** 8, **Pyramidon** 346, **Salipyrin** 5.

Ascariden in der **Harnblase** 139, **Darmverschluss** 498, tödtliche **Ascaridiasis** 355.
Aspirin bei **Augenentzündungen** 99, **Dysmenorrhoe** 112, **Phthisikern** 128; mit **Natr. bicarb.** zusammen 573; **Nebenwirkungen** des 458, **Arzneiexanthem** nach 3, 347.
Asthma, **Jodipin** 42, **Pyramidon** 140, **Adrenalin** 295, 390, **Heroin** 572; **Vergiftung** durch **Asthmapulver** 459.
Atrophia nervi optici bei **Tabes** 82, 123, **musculor. progressiva** u. **Tabes** 412, der **Hoden** u. **Impotenz** 111.
Atropin mit **Adrenalin** in der **Augenpraxis** 458, bei **Hernien**, **Pleus etc.** 108, 310, 311.
Augenentzündungen, **Cocain** bei 97, **Methylatropin. brom.** 530, **Adrenalin** 199, **Pyoctanin** 98, **Collargol** 533, **Alsol** 534; **Dionin** bei **Hornhauttrübungen** 197; **Argentumkatarrh** der **Neugeborenen** 408.
Augenblutungen u. **Blitzschläge** 493.
Aureol, **Intoxication** durch 162.
Autointoxication, **intestinale** 551.

B.

Bacteriurie, **Helmitol** bei 300.
Bäder bei **Schwangeren** und **Kreissenden** 80, **Tabes** 124.
Barlow'sche Krankheit 535.
Benzin zum **Reinigen** der **Haut** 573.

Bismuth. colloïdale bei **Verdauungsstörungen** der **Säuglinge** 550.
 — **subnitric.** bei **Typhus** 425, **Magencarcinom** 469.
Bismutose bei **Darmkatarrhen** 20, 314, **Typhus** 425.

VIII

Bleikolik, Jodipin 42.
Blennorrhoea neonatorum, Pyoctanin 100, Protargol 302, Alsol 534.
Blepharitis, Pyoctanin 100.
Blitzschläge u. Augenblutungen 493.
Blutungen an den Augen und Blitzschläge 493, Hautblutungen bei Epilepsie 391 bis 395, septische Magenblutungen 520, parenchymatöse Magenblutungen 151, Späterkrankungen des Gehirns nach Schädeltraumen 200, Nasenspeculum für sterile Tamponade 397, Kussmaul's Methode bei menstruellen B. 491; Gelatine bei Uterusblutungen 296, Darmblutungen 490, Me-laena neonatorum 60, 199, Haemophilie 59, 296, im Kindesalter 200, Stypticin 396, Styptol 491, Ferro-

pyrin 149, Ergotin-Chinin 60, Adrenalin 149, 296, 388, Wasserstoffsuperoxyd 377.
Brennesselthee, Intoxicat. durch 252.
Brombeerblätter, Intoxication durch 160.
Bromipin, Klystiere in der Kinderpraxis 234.
Bromochinol bei Fieber 282.
Bromocoll bei Pruritus 214.
Bromoform, Vergiftung durch 211.
Bronchiektasie, Mesotan 259, Thigenol 477.
Bronchitis, Aspirin 128, Dionin 427, Heroin 572, Methy-atropin. brom. 530.
Bubo, Erfahrungen über B. in-guinalis 35; Jodoform-Calomel bei 243, Septoforma 389, Mercuriol 335.
Buccothee bei Gonorrhoe 106.

C.

Calcar. hypochloros. bei Com-bustio 9, Ulcus cruris 89, 332.
Calomel s. Hydrarg. chlorat.
Camphora bei Prurigo 214.
Cancroide, Pyoctanin gegen 132.
Cancroin bei Carcinomen 271, 272.
Canülenhalter f. Hg.-Injectionen 222.
Carbollysoform als Antisepticum 55.
Carbunkel, Amyloform 145, Pyoctanin 13.

Carcinoma n. Tuberculose 270, C. oesophagi u. Spondylitis 469, C. ventriculi, Schmerz-mittel bei 469, C. recti, Schwangerschaft u. Geburt 173, C. uteri, Ferropyrin 149, Röntgentherapie bei C. 226, 273, Cancroin 271, 272.
Cardialgie, Anaesthesin 241, Dionin 427.
Caries dentium, Arg. nitr. bei 397.
Cavernen, Diagnose der Lungen- 222.

- Cerebrin bei Epilepsie 204.
 Chaulmoogra-Oel bei Lepra 75, Prurigo 214.
 Chielin-Crème bei Ekzem 10, -Seife bei Seborrhoe, Comedones, Akne 11.
 Chinaphenin, Anwendung 282.
 Chinin bei Lupus erythem. 18, Blutungen 60, Influenza 314, Pneumonie 318, 3 neue Präparate 281; Verabreichung bei Kindern 573.
 Chloral. hydrat. bei Ekzema seborrhoic. 219, Seekrankheit 411, 412.
 Chloroform, Narkose 438, bei Erbrechen 230.
 Cholelithiasis, Chologen bei 348, 441; Gallensteinileus 440.
 Chologen bei Cholelithiasis 348, 441.
 Cholera infantum u. Fliegen 162; Bismutose 315.
 Cocain bei Pertussis 76, Erbrechen 230, Magencarcinom 469, Augenentzündungen 97, 199, mit Adrenalin als Anaestheticum 489.
 Codein-Kakaotabletten 236; bei Magencarcinom 469; Intoxication mit 250.
 Colica saturnina, Jodipin 42.
 Collargol bei septischen Erkrankungen 262, 367, 519, 555, Augenentzündungen 533.
 Colpitis, Behandlung 546, 547.
 Combustio, Calcar. hypochloros. 9, Anaesthesin 241, 488, Ichthyol 346, Xeroform 390, Dymal 533.
 Comedones, Chielin 11.
 Compressionstamponade des Uterus 492.
 Conglatio, Thigenol 427, Bier'sche Stauung 527, 528.
 Conjunctivitis, Pyoctanin 100, Dionin 198, Methylatropin. brom. 530, Adrenalin 199, Collargol 534, Alsol 534.
 Coxitis rheumatica 255.
 Creosotal bei Pneumonie 76, 318, Croup 203.
 Croup, Creosotal 203.
 Crurin bei Gonorrhoe 208, 407.
 Cystitis, Diosmal 106, Arhéol 209, Gonosal 248, Helmitol 299, Methylenblau 301.

D.

- Deckverband, neuer mit Paraffin 42.
 Decubitus, Amyloform bei 145; Unterlage bei 61; Aufblasen von Luftkissen 62.
 Dermatitis herpetiformis, Arsen subcutan 22, Dymal bei 545.
 Dermosapol, Anwendung 233.
 Diabetes insipidus u. Erysipel 105, combinirt mit Epilepsie 203; Secale bei 497.
 Diabetes mellitus u. Psychosen 497, traumatischer 62, durch Schreck 497, nach Schädelverletzungen 277; Tabes u. Glykosurie 63; Hydronephrose bei 495, Kurzsichtigkeit 398; Ernährung bei 100,

X

- Milchcuren 104, Néo-Arsy-
codile 465; neuere Unter-
suchungsmethoden bei 104,
Zuckerprobe 399, Apparat
zur Zuckerprüfung 45, Acet-
essigsäure-Reaction 379.
- Digitalis-Missbrauch, gewohn-
heitsmässiger 133; -Tabletten
566; D. bei Varicen 333.
- Dilatatorium von Bossi 22, 78,
neues einfaches 515.
- Dionin bei Augenentzündungen
99, bei Hornhauttrübungen
197, als schmerzstillendes
Mittel 427.
- Diosmal bei Gonorrhoe 106.
- Diphtherie u. Influenza 314,
gangränöse der Vagina 154,

chron. Rachendiphtheroid
152, 202; Kautabletten 569,
Wasserstoffsuperoxyd 376,
Creosotal 203.

- Diphtherieserum, Einwirkung
auf verschiedene Krank-
heiten 203.
- Diuretin, Arzneiexanthem nach
347.
- Dymal als Antisepticum 533,
bei Ekzem 545.
- Dysenterie, Ipecacuanha 105,
Sulfur. sublim. 182, Ichth-
argan 315.
- Dysmenorrhoe, Aspirin 112,
Styptol 491.
- Dyspepsie s. Magen- u. Darm-
katarrhe.

E.

- Eisenwasser, ex tempore bereitet
487.
- Eiweiss, Apparat zur Prüfung
der Reaction 45.
- Eklampsia, sofortige Entbindung
516, mit Bossi's Dilata-
torium 22; Bromipin bei E
infantum 234.
- Ekzemaseborrhoicum 219, inter-
digitales des Fusses 66,
strichförmiges nach Verlet-
zung 301, durch Milchgenuss
10; plötzliche Todesfälle
beim Säuglingsekzem 505;
Behandlung des Säuglings-
ekzems 67; heisses Wasser
bei E. 66, Chielin 10, Leni-
gallol 66, Epithol 475, Thi-
genol 426, 477, Pyoctanin
100, Dymal 545, Amyloform
145, Xeroform 390, Empyro-

form 545, Jodipin 478, An-
thrasol 568; Onychoschisis
nach E. 65.

- Emphysema pulmon. Jodipin
478, Heroin 572.
- Empyem d. Nebenhöhlen, Ferro-
pyrin 151, Mercurol 335.
- Empyroform bei Ekzem 545.
- Endocarditis traumatica 276,
Collargol bei septischer 262.
- Endometritis, Ferropyrin 149,
Thigenol 187, Thiol 284,
Zymin 547, Aq. Calcis 333,
Wasserstoffsuperoxyd 376.
- Ephelides, Wasserstoffsuperoxyd
377.
- Epicarin bei Pruritus im Ohr 217.
- Epididymitis und Gonokokken-
befund 210; Thonbreium-
schläge b. 342, Heroin 573.

Epilepsie u. Migräne 442, nach
Insolation 203, u. fieberhafte
Processe 70; Hautblutungen
bei E. 391-395, Kothbrechen
bei Status epilepticus 67;
diaetetische Behandlung 68,
Roborat 235, Cerebrin 204.
Epistaxis Ferropyrin 149, Adre-
nalin 149, 150, 296.
Epithol-Gold u. Silber 473.
Ergotin s. Extr. Secal.
Erysipel bei Diabetes insipidus
105, u. Scarlatina zusammen
247; Tct. Jodi 155, Acid.
carbolic. 155, Salocreol 379,
Mesotan 259, 510, Anaes-
thesin 247.
Erysipeloide, Stypticin 15,
Wasserstoffsuperoxyd 344,
Thigenol 476.

Ester-Dermasan bei Rheuma-
tismus u. Arthritis 510.
Euchinin bei Influenza 314,
Pertussis 507.
Eumydrin i. d. Ophthalmologie
476.
Extractio dentium, Acoin b. d.
242, Adrenalin 386; Nasen-
maske z. Chloroformiren 490.
Extract. Chin. Nanning zur
Beseitigung unangenehmer
Nebenerscheinungen v. Me-
dicamenten 574.
— Filic. mar. b. Bandwurm 355.
— Hydrast. canad., Vergiftung
durch 161.
— Secal. cornut. bei Blutungen
60; Vergiftung durch 159.
Extrauteringravidität u. Gono-
rrhoe 353.

F.

Favus, Septoforma 389.
Febris, Bromochinol 282, Phthi-
sopyrin 524, Chinaphenin
282, Pyranum 283.
Ferropyrin als Haemostaticum
149.
Ferr. sulfur. cryst. z. Bereitung
von Eisenwasser 488.
Fissura ani, Thigenol 187.
Fistula ani, Amyloform 145.
Fliegen u. Cholera infantum 162.
Flores arnicae, Vergiftung durch
211.
Folliculitis, Hefe 14, Epithol 475.
Fracturae ossium u. Tabes 563,
564; F. des Schädels 277,

Papptriangelverband bei F.
humeri 156, F. des Humerus
durch Muskelzug 448, mit
Resorption des Gelenkkopfes
450, Behandlung d. Vorder-
armbrüche 448, Phalangeal-
fracturen 158, Extensions-
verband nach Heusner 156,
Principien bei der Behand-
lung von Unterschenkel-,
Ober- und Unterarmbrüchen
400.
Fremdkörper im Auge 199, 207,
530, in der Nase 12, im
Ohr 11, 12, in der Blase 12,
im Darm 205.
Furunkel, Abortivbehandlung
m. Pyoctanin 13, Entfernung
unter Adrenalin 386; Hefe

XII

bei F. 14, Stypticin 15,
Amyloform 145, Natr. bicarb.
197, Jodoform-Calomel 243,

Ichthargan 404, Epithol 475,
Sanatogen 379.

G.

Gangraen, Wasserstoffsuperoxid
bei 376.

Gelatine b. Darmblutungen 490,
Melaena neonatorum 60, 199,
Haemophilie 59, 296, im
Kindesalter 200, Tetanus
nach Injectionen 32-34, 85.

Geosot bei Phthisis 224.

Glaukom, Adrenalin bei 199.

Glykosal bei Rheumatismen 363.

Glykosurie als Initialsymptom
der Schrumpfniere 168, nach
Schädelverletzungen 277.

Gonorrhoe, seltene Complication
der chronischen 107, Go-
nokockenpneumonie 409,
Lymphosarcoma bulbi nach
353, Rückenmarkserkran-
kung 70, Tubargravidität u.
G. 353; Argentumkatarrh
der Neugeborenen 408, Pro-
targol zur Prophylaxe der

Augenblennorrhoe 302, Ap-
parat zur Prophylaxe der
G. 72, Protector 405, Viro
209, Behandlung mit Ichth-
argan 72, 354, 452, 546,
Albargin 304, Zymin 547,
Helmitol 209, Thigenol 187,
Diosmal 106, Crurin 208,
407, Arhéol 208, Mercuriol
335, Gonosan 247, 547,
Protargolgelatine 248, Pro-
targol bei Vulvovaginitis 451,
Hefe bei weiblicher G. 303,
Bier'sche Stauung bei Ar-
thritis 526, Heroin zur Linde-
rung der Beschwerden bei
G. 46; G. u. Epididymitis
210, 352, u. Urticaria 107.

Gonosan b. Gonorrhoe 247, 547.

Guajacamphol gegen Nacht-
schweisse der Phthisiker 306.

Gynocardseifenpillen b. Lepra 75.

H.

Haarpflege bei Infektionskrank-
heiten 39.

Haematoemesis, Adrenalin 296.

Haemophilie, Gelatine 59, 296.

Haemoptoe, Adrenalin 296.

Haemorrhoiden, Amyloform 145,
Thigenol 187.

Hedonal bei Agrypnie 193, 343.

Hefe als Arzneimittel 14, bei

weiblicher Gonorrhoe 303;
verschiedene Präparate 93.

Heftpflaster, Ersatz für 428.

Heilpflaster, Bückeburger 428.

Helminthiasis, tödtliche Ascari-
diosis 355, Ascaris in der
Harnblase 139, Darmver-
schluss durch Ascariden 498,
Oxyuris als Ursache einer
Appendicitis 245, Darm-

- stenose durch Bandwürmer 498, keratinisierte Pillen von Extr. filic. mar. gegen Bandwürmer 355.
- Helmitol als Darmantisepticum 209, 299.
- Hemianaesthesia alternans 297.
- Hemiatrophia faciei, subcutane Paraffininjectionen 233.
- Hemicranie u. Epilepsie 442; Migränetabletten 453.
- Herba violae tricoloris gegen Akne 1.
- Hernien u. acute Hydrocele 499, Atropin b. incarcerirten 108, Begutachtung bei Unfällen 498, Paraffininjectionen bei Nabelhernien 500.
- Heroin. hydrochloric. als Anaphrodisiacum 45, als Sedativum 572.
- Herpes, Therapie des H. zoster 306, Epithol 475.
- Herzklappenzerreissung, traumatische 134.
- Hetolbehandlung der Tuberculose 124, 180.
- Heufieber, Wesen u. Behandlung 512, 515, 552, 554.
- Hordeolum, Alsol 534.
- Hydragogin bei Herz- u. Nierenleiden 91.
- Hydrarg. bichlorat. bei Pruritus im Ohr 217, Ekzema seborrhoic. 219, Blasentuberculose 331, scarlatinöser Angina 410.
- chlorat. mit Jodoform als Antisepticum 243, Injectionen bei Syphilis 325.
- Vasogen bei Syphilis 121.
- Hydrocele und eingeklemmter Leistenbruch 499.
- Hydronephrose bei Diabetes 495.
- Hydrorrhoea nasalis, Adrenalin 515.
- Hydrotherapie bei Ekzem 66, Lepra 75.
- Hygiama 38.
- Hyperemesis gravidarum, Perdynamin 3.
- Hyperidrosis Guajacamphol 306, Mesotan 453, Dymal 533.
- Hystereuryse in Schwangerschaft u. Geburt 365, 366, bei Placenta praevia 24, 365.
- Hysterie, eigenartiges Bild 457, typische Form bei Kindern 453, Differentialdiagnose mit multipler Sclerose 305, Spitzfuss nach Trauma 455, Suggestion bei traumatischer Hysterie 307, bei Krampferscheinungen 366, Mentholschwamm 94, Protlylin 434, Phorxal 435.
- I.
- Ichthalbin bei Tuberculose 369.
- Ichthargan bei Gonorrhoe 72, 354, 452, Furunculosis 405.
- Ichthoform bei Magen- u. Darmaffectionen 315.
- Ichthyol bei Pneumonie 77, Variola 471, Furunculosis 405, scarlatinöser Angina 410, Combustio 346; Pflaster als Ersatz für engl. Pflaster 478.

XIV

Ichthyolsalicyl bei Tuberculose 329, Exsudaten 427.
Icterus, Frühdiagnose 137.
Ileus durch Gallensteine 440, Atropin 109, 310, 311, 441.
Impotenz infolge genuiner Hodenatrophie 111, Tabakvergiftung 112; Heroin bei 45, Yohimbin 210, 211.
Incarceratio uteri gravid, Kolpeuryse 366.
Influenza, croupös - diphtheritische 313; Pyranum bei 284.
Injectionsspritze, zerlegbare 237.
Insolation, Epilepsie nach 203.
Intertrigo, Xeroform 390, Dymal 533.

Intoxicationen mit Aspirin 458.
Asthmapulver 459, Atropin 458, Aureol 162, Blausäure 377, Blei 42, Brennesselthee 252, Brombeerblätter 160, Bromoform 211, Codein 250, Extr. Hydrast. 161, Extr. Secal. 159, Flor. arnicae 211, Jodipin 458, Kornkaffee 252, Petroleum 161, Tabak 111, Wäscheblau 460.
Ipecacuanh.-Radix bei Dysenterie 105.
Iridocyclitis, Behandlung der Schmerzen 99.
Iritis, syphilitisch. 326; Cocain 99.
Ischias, Mentholschwamm 94, Ester-Dermasan 511.

J.

Jod, Arzneiexanthem nach 8.
Jodipin, Anwendung und Wirkung 477, bei Gefässerkrankungen 42; Nebenwirkungen 458.
Jodoform mit Calomel als Antisepticum 243.

Jungen 42; Nebenwirkungen 458.
Jodoform mit Calomel als Antisepticum 243.

K.

Kälte, Apparat zur Erzeugung von K. im weiblichen Genitaltract 188.
Kakodylsäure bei Phthise 223.
Kalagua bei Tuberculose 368.
Kalischmiercur bei Lepra 74.
Katarakt und Struma 325.
Katatonie bei der 1. Menstruation 113.
Katharol als Mundwasser 376.
Kautabletten 570.

Kawasantal s. Gonosan.
Keratitis, Pyoctanin 100, Methylatropin. brom. 530.
Kindermehl, Kufekes 316, 409.
Kochsalzlösung, richtige physiologische 333.
Kohlensäurebäder, neues Verfahren für 94.
Kolpeuryse in der Geburtshülfe 365, 518, bei Incarceratio uteri gravid 366.

Kornkaffee, Vergift. durch 252.
Kothbrechen b. Status epilepticus 67.

Kreosot m. Sanguinal bei Phthise 465.

Kreosotal s. Creosotal.

L.

Lactagol als Lactagogum 571.
Lactophenin bei Typhus abdom. 181.

Laryngitis, Methyلاتropin. brom. 530.

Lenigallol bei Ekzem 66.

Lepra, Localtherapie 15, 74.

Lichen simpl., Bromocoll 214,
Thigenol 426, Anthrasol 568.

— ruber, Arsen subcutan 22.

Lipome, schmerzhaft 338.

Lippspringer Arminiusbrunnen
bei Kehlkopftuberculose 464.

Liquor sanguinalis 571.

Luftkissen, Aufblasen der 62.

Lupus, neue Behandlungsmethode des L. erythem. 18.

Luxatio der Extensorensehnen der Finger 402, 445, Einkerbung der L. humeri nach Riedel 401.

Lymphadenitis, Jodoform-Calomel 244, Wasserstoffsuperoxyd 344, Salocreol 379.

Lymphangoitis, Stypticin 15, Septoforma 389.

Lymphextravasat nach subcutaner Contusion 335.

Lymphosarcoma bulbi nach gonorrhöischer Structur 353.

Lysoform in der frauenärztl. Praxis 244.

M.

Maculae corneae, Dionin 197.

Magenblutungen, parenchymatöse 151, septische 520.

Magen- und Darmkatarrhe, Tannigen 20, 551, Orexin. tannic. 163, Tanocol 549, Abrotanol 316, Bismutose 20, 314, Bismuth. colloid. 550, Thigenol 477, Xeroform 409, Ichthargan 315, Odda 551, Kufekemehl 316, 409, Kautabletten 569; intestinale Autointoxication 551, Fliegen u. Cholera infantum 162.

Mastitis, septische 263.

Melaena neonatorum, Gelatine 60, 199.

Meningomyelitis luetica 311.

Menstruationsanomalieen. Kata-tonie bei der 1. Menstruation 113, Aspirin bei Dysmenorrhoe 112, Ferropyrin bei profuser Menstruation 149, Styptol 491, Kussmaul's Methode 491.

Menthol bei Erbrechen 230, Herpes zoster 306, Pruritus im Ohr 217, -Schwamm 94.

XVI

Mercuriol, Anwendung 334.

Mesotan bei Rheumatismen 114, 217, 218, 257, 362, 509, 510, Hyperidrosis 453.

Metatarsalgie, kleine Gummiringe bei 230.

Methylatropin. brom. als Anaestheticum 529.

Methylenblau bei Cystitis 301.

Migränetabletten 453.

Milchpumpe mit Glasballon 231.

Morbilli, Otitis bei 254; **Creosotal** 203.

Morton'sche Krankheit, Gummiringe 230.

Mundsperrer, neuer 287.

Mundwässer aus Wasserstoff-superoxyd 376, **Borsäure u. Borax** 378.

Mydriasis durch Fremdkörper im Ohr 11.

Myelitis disseminata gonorrhoeica 71.

Myogen 286.

Myoma uteri, Mortification eines 224; **Ferropyrin bei** 149, **Styptol** 491.

Myopie u. Diabetes 398.

N.

Nachtschweisse der Phthisiker, Guajacamphol 306, **Mesotan** 453.

Nährklystiere 285.

Naftalan bei Ekzem 67.

Nasenspeculum für sterile Tamponade 397.

Nasenspüler 116.

Natr. benzoic. als Expectorans 286.

— **biborac. als Mundwasser** 378.

— **bicarbonic. als schmerzlin-derndes Mittel** 197, u. **Aspirin zusammen** 573.

— **bromat. bei Seekrankheit** 412, **Hemicranie** 453.

— **sozodol. b. Scharlach** 419.

— **schwefligsaures, als Zusatz zu Fleisch** 475.

Néo-Arsycodile bei Tuberculose 465.

Nephritis traumatica 163, 501, **syphilitica** 165, 264, u. **Glykosurie** 168, u. **Ekzemheilung im Säuglingsalter** 505; **Agurin bei** 90, 318, **Theocin** 183, 372—375, **Diosmal** 107. S. auch „Uraemie“.

Nephrolithiasis, Vibrationsmas-sage 168.

Neuralgieen, Mentholschwamm 94, **Ferropyrin** 149, **China-phenin** 282, **Pyranum** 283, **Jodipin** 478.

Neurasthenie, Mentholschwamm 94, **Spermin** 205, **Roborat** 235.

Neuritis optica bei Syphilis 120. **periphere** 356.

Nicolicin, Werth des 236.

O.

Obstipatio, Purgatin 317.
 Odda, Ernährung von Kindern mit 551.
 Oedem, hartes traumatisches 213.
 Ol. Fagi bei Prurigo 214.
 — Olivar. bei Ulcus ventriculi 273.
 — Ricini bei Seborrhoea capitis 218.
 Onychoschisis als Folge von Ekzem 65.

Ophthalmoplegia interna durch Extr. Secal. 159, angeborene totale 168.
 Orexin. tannic. als Stomachicum 163.
 Osteomyelitis, Amyloform 145.
 Otitis media acuta purulenta durch Schneeberger 253, Xeroform bei 390, Prophylaxe der Masernotitis 254.
 Oxyuris vermicularis u. Appendicitis 245.

P.

Panaritien, Amyloform 145, Jodoform-Calomel 243, Wasserstoffsuperoxyd 344.
 Paraffinjectionen, subcutane 231, 500.
 Paraldehyd bei Agrypnie 193.
 Paralyse der äusseren Augenmuskeln bei Tabes 81, Ophthalmoplegie 159, 168, P. nach Pertussis 361, Recurrenslähmung bei Mitralstenose 135,luetische Posticuslähmung 169, doppel-seitige Peroneus- u. Tibialislähmung 356, P. des Darmes bei Meningomyelitis 311, posthemiplegischer Tremor 357.
 Pa alysis agitans Fall von beginnender 359; Rhizoma scopoliae carniolicae 359.
 Para- u. Perimetritis, Thigenol 187, Thiol 284, Collargol 367, Ichthyolsalicyl 427, Heroin 572.

Pediculosis, Septoforma 389.
 Pemphigus acutus bei Pneumonie 170.
 Perdynamin bei Anaemie, Chlorose 2, 3, 433.
 Pericarditis, Agurin 372, Ichthyolsalicyl 427.
 Peritonitis perforativa bei Ulcus ventriculi 274, Spontanheilung tuberculöser 331.
 P. tuberculosa traumatica 466; Ichthyolsalicyl bei P. 427.
 Perityphlitis s. Appendicitis.
 Pertussis, Cocain 76, Creosotal 203, Aristochin 214, 360, Chinaphenin 282, Euchinin 507, Antitussin 214, Bromipin 234, Vaporin 506, Zinc. ferro-hydrocyan. 360; Paralyse, Aphasie, Erblindung nach P. 361.
 Perucognak, billiger 223.
 Pes equinus hystericus, nach Trauma 455.

XVIII

- Pessar, Thomas- 189, mit abschraubbarem Stift 509, Complication bei Behandlung mit P. 508.
- Petroleum, Vergiftung mit 161.
- Phimosis, Amyloform 145.
- Phlebitis als Frühsymptom der Lungentuberculose 419; Thigenol bei 427.
- Phlegmone, Amyloform 145, Jodoform-Calomel 243, Wasserstoffsuperoxyd 345.
- Phorxal bei Anaemie 434.
- Phthisopyrintabletten bei Tuberculose 524.
- Pillul. sanguinalis bei Anaemie 195, mit Creosot bei Phthise 465.
- Pityriasis versicolor, Septoforma 389.
- Placenta praevia, Hystereuryse bei 24, 365, Therapie der Retention 28.
- Platffuss, Gummiringe bei 229.
- Plessimeter, neues 334.
- Pleuritis bei Herzkranken 183, Agurin 90, 317, 372, Theocin 372, 373, Mesotan 115, 510, Aspirin 128, Ichthyol-salicyl 427, Pyranum 284.
- Pneumin bei Tuberculose 368.
- Pneumonie, traumatische 170, durch Gonokokken 409, P. mit Pemphigus acutus 170, Frührecidive bei fibrinöser P. 461, Gedanken über Behandlung der fibrinösen P. 462, Creosotal 77, 318, Pyranum 284, Ichthyol-salbenverband 77, Chinin subcutan 318, Schultze'sche Schwingungen bei P. junger Kinder 461.
- Pollutiones, Heroin 45.
- Porodor 94.
- Posticuslähmung, doppelseitige luetische 169.
- Pravazspritze mit Lysolbehälter 93.
- Prolapsus uteri, Pessarbehandlung 508, 509.
- Prostatahypertrophie, Adrenalin 40.
- Protargol zur Prophylaxe der Gonorrhoe 74, der Blenorrhoea neonatorum 302, bei Vulvovaginitis gonorrhoeica 451; — gelatine bei Gonorrhoe 248.
- Protector als Schutz gegen Geschlechtskrankheiten 405.
- Protylin bei Anaemie, Hysterie 433.
- Prurigo, Recept v. Beurmann 214.
- Pruritus ani: Thigenol 188, Anthrasol 568; P. cutaneus: Bromocoll 214, Säurebehandlung 215, Mesotan 453, Anthrasol 568; P. vulvae: Thigenol 188; P. im äusseren Gehörgang 216.
- Pseudocroup, Creosotal 203.
- Psoriasis traumatische 21; Anthrasol 568; subcutane Arseniktherapie 21, neue Salbencomposition 463.
- Psychosen bei perniciöser Anaemie 484, Diabetes 497.
- Puerperalfieber, Chinin 319, Collargol 555, Therapie 367.
- Purgatin bei Obstipatio 317.

Pyelitis, Pyelonephritis, Diosmal 107.

Pyocyaneussepsis 519.

Pyoctanin bei Furunkel 13, Augenentzündungen 100, Cancroiden 132, Ulcus phagedaenicum 470.

Pyramidon bei Tabes, Rheumatismen, Asthma, Agrypnie 140, Typhus 420; Arzneiexanthem nach 346.

Pyranum, Anwendung 283.

Pyrogallol bei Lepra 17.

R.

Rectalernährung 285.

Recurrēslähmung bei Mitralstenose 135.

Renoform bei Rhinitis 115.

Resorcin bei Ekzema seborrhoicum 219.

Rheolkugeln bei weiblicher Gonorrhoe 303.

Rheumasan bei Rheumatismen 363, 510.

Rheumatismen,luetische 511, Coxitis rheumatica 255; Serumbehandlung 113, Bier'sche Stauung 527, Mesotan 114, 217, 218, 257. 362, 509,

510, Rheumasan 363, 510, Pyranum 283, Pyramidon 140, Salocreol 379, Ichthyolsalicyl 427.

Rhinitis, Renoform 115, Nasenspüler 116, Behandlung des Heufiebers 512, des nervösen Schnupfens 515.

Rhizoma scopoliae carniolicae bei Paralysis agitans 359.

Roborat bei Nervenkranken 235.

Röntgen-Therapie bei Carcinomen 226, 273; — Instrumentarium v. Dessauer 236.

Rosacea, Thigenol 427.

S.

Salipyrin, Arzneiexanthem nach 5.

Salocreol, Anwendung 379.

Salve, Krankenaufzug 428.

Salzwasserdouchen bei Halsdrüsen 126.

Sanatogen, Erfahrungen mit 378.

Sanguinal bei Anaemie 195, mit Creosot bei Phthise 465, flüssiges 571.

Sanosin bei Tuberculose 522.

Sarkom der Schilddrüse 128.

Sattelnasen, Paraffinjectionen bei 233.

Sauerstofftherapie, Indicationen 236.

Scabies, Septoforma 389, Thigenol 427, 477, Anthrasol 568.

Scarlatina u. Erysipel 247, Sozjodolnatrium 409.

Schädelverletzungen, Glykourie, Albuminurie, Cylindrurie nach 277.

XX

Schmierseife, Verätzung durch 428.

Schnarchen, Mittel zur Verhütung 140.

Schneeberger, Otitis durch Prisen von 253.

Schrauben-Mundsperrer 287.

Schutzballon, der, in der Geburtshülfe 118.

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Dauer der Schwangerschaft 116, Complication der Schwangerschaft und Geburt mit Mastdarmkrebs 173, mit Herzfehlern 320, Styptol bei Blutungen in der Schwangerschaft 491, Ferropyrin 149, Lysoform in der Geburtshülfe 244, Curettement bei Abort? 319, Unterbrechung der Schwangerschaft bei tuberculösen Arbeiterfrauen 268, sofortige Entbindung bei Eklampsie 516, Bossi's Dilatorium 22, 78, 171, praktischer Dilator 515, der Schutzballon in der Geburtshülfe 118, der Kolpeurynter 365, 366, 518, Erstgebärende unt. 16 Jahren 261, Albuminurie bei der Geburt 172, Scopolamin-Morphium-Injectionen 196, Zangenschliesshalter 364, krampfhaftes Zusammenziehen des Muttermundes als Geburtshinderniss 259, Geburtstörung durch Narbenstenose 323, Therapie der Placenta praevia totalis 24, der Placentar- und Eihautretention 28, fehlerhafter Credé'scher Handgriff

261, Kaiserschnitt an einer plötzlich Verstorbenen 79, das Bad als Infectionsquelle 80, Behandlung des Puerperalfiebers 367, 555, Struma puerperalis 555.

Schwefelwasserstoff, Vergiftung mit 460.

Sclerose, multiple, Differentialdiagnose mit Hysterie 309.

Scopolamin mit Morphinum injicirt 196, bei Agrypnie 193.

Scrophulose, Jodipin 477, Ichthalbin 369, Behandlung der Halsdrüsen 126, 127, 379, Lenigallol beim Ekzem 66, Xeroform bei Augenaffectionen 390.

Seborrhoea u. Syphiliseruption 219, Thigenol bei 426, Septoforma 389, Chielin 11, Recepte bei S. capitis 218, Alopecia seborrhoica 219, Ekzema 219.

Secale cornut. bei Diabetes insipidus 497.

Seekrankheit, Wesen u. Behandlung 410, mit Brom 412.

Sepsis, Pyaemie, eigenartiger Fall 554, Pyocyaneussepsis 519, septische Mastitis 263, Magenblutungen 520; Silberbehandlung 262, 263, 367, 519, 555.

Septoforma als Desinficiens 388.

Serumbehandlung des Gelenkrheumatismus 113.

Sirolin bei Tuberculose 180, 466.

Somatose u. Magenmotilität 139.

Speichel als Heilfactor 569.

Spermatorrhoe, Heroin 45.
 Spermin bei Neurasthenie 205.
 Spinalgie als Frühsymptom tuberculöser Infection 417.
 Spirit. sapon. als Desinficiens für Instrumente 147, 533.
 Spondylitis deformans u. Oesophaguscarcinom 469, Ester-Dermasan bei 511.
 Stauung, Bier'sche 525.
 Sterilität, Ichthargan bei auf Gonorrhoe beruhender 72.
 Stomatitis, Validol 324, Wasserstoffsuperoxyd 376.
 Stricturen, Adrenalin bei S. der Urethra 40, S. des Darmes durch Bandwürmer 498.
 Struma mit Sarkom 118, und Katarakt 325, puerperalis 555.
 Stypticin bei Furunkel 15, Blutungen 396.
 Styptol bei Gebärmutterblutungen 491.
 Subcutin zur Anaesthesie 488.
 Sublamin als Desinficiens 56-59.
 Suggestion bei Hysterie 306 307.
 Sulfur depur. bei Typhus abdom. 182, Prurigo 214, Alopecie 219.
 — sublimat bei Dysenterie 182.
 Sycosis vulgaris, Thigenol 426, Anthrasol 568.

Syphilis. Schutz vor S. durch „Protector“ 405, Prophylaxe der Tabes u. Paralyse 221, das Profeta'sche Gesetz 327, hereditäre S. u. Tabes juvenilis 414, S. u. Tabes 31, 121 ff., S. u. Seborrhoe 219, eigenartiges haemorrhagisches Syphilid der Haut 557, Differentialdiagnose zwischen S. und Arzneiexanthemen 4, Jodoform bei Ulcus durum zusammen mit Calomel 244, Ulcus durum der Bindehaut 264, erweichte Bubonen bei Frühlues 558, ulcerirte Lebergummata 266, 328, Narbenstenosen des Muttermundes bei S. 323, Nephritis 165, 264, 556, Meningomyelitis 311, Neuritis optica 120, Posticuslähmung 169, Rheumatoide 511; Wasserstoffsuperoxyd bei Ulcerationen der Mundhöhle 376, Dionin b. Larynxgeschwüren 427, Behandlung der S. mit Jodipin 42, 122, 477, Mercurool 335, Calomel-Injectionen 325, Hg-Vasogen 121; Albuminurie bei der Schmiercur 120; Canülenhalter für Hg-Injectionen 222.

T.

Tabak, Vergiftung mit T. u. Impotenz 112.
 Tabes u. Trauma 560, u. Glykosurie 63, u. juvenile u. hereditäre Lues 414, com-

binirt mit spinaler progressiver Muskelatrophie 412, Erstsymptome des T. u. Achillessehnenreflex 176, Augensymptome bei 30, 81,

- 121, Prophylaxe gegen 221, Pyramidon bei 140, Ester-Dermasan 511.
- Tachycardie, paroxysmale bei Herzfehlern 565.
- Taeniae, Darmstenose durch 498.
- Tannigen bei Darmkatarrhen 20, 551.
- Tannoform bei Ekzem 66.
- Tanocol bei Darmkatarrhen 549.
- Tetanus traumaticus 521, Kopf-tetanus 522, nach Gelatine-injectionen 32, 33, 34, 85, Duralinfusion von Tetanus-antitoxin 85.
- Theocin als Diureticum 182, 372-375, 471, 472.
- Thigenol in der Gynaekologie 187, in der Dermatologie 425, als Ersatzmittel für Ichthyol 476.
- Thiocol bei Tuberculose 180, 368, als Expectorans 286.
- Thiol in der Gynaekologie 284, bei Variola 470.
- Tinct. Cascarill. bei nervösem Erbrechen 189.
- Chinae bei Seborrhoea capitis 218.
- Jaborandi bei Seborrhoea capitis 218.
- Jodi bei Erbrechen 230, Lupus erythemat. 18, Erysipel 155, Ulcus molle 469.
- Trachom, Collargol 534, Alsol 534.
- Transplantation der Hälfte eines Nagelgliedes 574.
- Traumen u. Ekzem 301, Psoriasis 20, Lymphextravasat 335, Glykosurie, Albuminurie, Cylindrurie 277, Nephritis 163, 501, Diabetes 62, Lungentuberculose 416, Peritonitis tuberculosa 466, Endocarditis 276, Herzklappen- u. Aortenzerreissung 134, Spätafoplexie 200, Hirngeschwulst 467, Tabes 560, Hysterie 307, hysterischer Spitzfuss 455.
- Tremor, posthemiplegischer 357.
- Trichterreagensglas 46.
- Troikart zum Anlegen von Gegenöffnungen bei Eiterungen 92.
- Tubargravidität und Gonorrhoe 353.
- Tuberculin u. Kalk bei Phthise 269.
- Tuberculose u. Traumen 416, Infection mit 332, durch den Verdauungscanal 178, Fütterungstuberculose bei Kindern u. Kälbern 179, Identität der Rinder- u. Menschentuberculose 414, T. u. Krebs 270, Phthise im Säuglingsalter 270, Unterbrechung der Schwangerschaft wegen T. 268, Diagnose von Cavernen 222, Spinalgie als Frühsymptom der T. 417, Venenentzündung als Frühsymptom 419, operative Behandlung der Lungentuberculose 269, Behandlung mit Hetol 124, 180, Thiocol u. Sirolin 180, 368, 466, Perucognak 223, Kalk-Tuberculin 269, Kakodylsäure 223, Néo-Arsycodile 465, Creosot mit Sanguinal 465, Geosot 224, Kalagua 368, Phthisopyrin

524, Sanosin 522, Ichthalbin 369, Ichthyolsalicyl 329, Aspirin 128, Dionin 427, Heroin 572, Bier'scher Stauung 525, Amyloform bei Knocheneiterung 145, Jodoform-Calomel dabei 244, Behandlung der Halsdrüsen 126, 127, der Blasentuberculose 209, 330, Lipp-springer Arminiusbrunnen bei Kehlkopfphthise 464, Spontanheilung einer Peritonitis 331, Peritonitis tubercul. traumatica 466.

Tumoren. Tuberculose und Krebs 270, Aetiologie des Oesophaguscarcinoms 469, Schmerzmittel bei Magencarcinom 469, Röntgenthera-

pie bei Carcinom 226, 273, Cancroin 271, 272, Pyoctanin 132, Lymphosarcoma bulbi 353, Knochenmetastasen bei Schilddrüsenumoren 128, Ferropyrin bei Uterustumoren 149, Mortification eines Uterusmyoms 224, Hirngeschwulst u. Unfall 467, schmerzhafte Lipome 338.

Typhus abdomin. ohne Darmerscheinungen 88, lange Ausscheidung von Typhusbacillen im Urin 87; Urotropin bei T. 88, Ichthargan 315, Schwefel 182, Lactophenin 181, Pyramidon 420, Gelatine bei Darmblutungen 490.

U.

Ulcus corneae, Pyoctanin 160, Alsol 535.

— **cruris,** Calcar. hypochloros. 89, 332, Amyloform 145, Mercurol 334, Thigenol 476, Jodoform-Calomel 244.

— **durum s. Syphilis.**

— **molle u. Bubo inguin.** 35, Schutz durch „Protector“ 405; Mercurol bei U. 355, Jodoform-Calomel 244, Wasserstoffsuperoxyd 376, Septoforma 389, Tinct. Jodi 469, Pyoctanin 470.

— **ventriculi,** Perforationsperitonitis bei 274, Diagnose durch Percussion 421; Anaesthesin bei 241, Olivenöl 273, Bismutose 314, Wismuth 425.

Ung. Credé bei Sepsis 263.

Uraemie u. Amaurose 370, 371; Venaesectio bei 369.

Urosanol bei Gonorrhoe 248.

Urotropin bei Typhus 88.

Urticaria gonorrhoeica 107.

Uterushohlsonde, geschlitzte 231.

V.

Vaginitis, Thigenol 187, Protargol 451.

Validol als Analepticum 39, bei Munderkrankungen 324.

XXIV

Vaporin bei Pertussis 506.
Varicen, Digitalis bei 333.
Variola, Ichthyol u. Thiol 470.
Venaesectio bei Syphilis 221,
Uraemie 369.
Verbandstoffe, gebrauchsfertige
345.
Veronal bei Agrypnie 344,
481-484.
Vibrationsmassage bei Nieren-
steinen 168.
Vioform bei Wunden 345.
Viro zur Prophylaxe der Go-
norrhoe 209.

Vitia cordis u. Schwangerschaft
320, paroxysmale Tachy-
cardie bei 565, Pleura-
ergüsse bei V. 183, Albu-
minurie bei Aortenklappen-
insuffizienz 565, Recurrens-
lähmung bei Mitralstenose
135, Herzklappen- u. Aorten-
zerreissung 134; Agurin bei
89, 90, 275, 372, Theocin
182, 372-375, 471, 472,
Hydragogin 91, Digitalis-
tabletten 566, Heroin 572.
Vomitus nervosus, Tinct. Cas-
carill. dagegen 189, Recepte
gegen 230.

W.

Wäscheblau, Vergiftung mit 460.
Wanderniere, Dionin bei 428.
Wasserstoffsuperoxyd 344, 375.
Wunden, Amyloform 145, Xero-
form 390, Vioform 345, Jodo-

form-Calomel 243, Septo-
forma 389, Airolpaste 146,
Thigenol 476, Ichthyol 346,
Epithol 474, Wasserstoff-
superoxyd 344, 376.

X.

Xeroform als Antisepticum 390, bei Magendarmaffectionen 409.

Y.

Yanatar bei Seekrankheit 410.
Yohimbin bei Impotenz 210,

211, als locales Anaestheti-
cum 436, 490.

Z.

Zangenschliesshalter 364.
Zinc. ferro-hydrocyanic. bei Per-
tussis 360.
Zinkleim, Verbesserung des
185—187.

Zucker, Apparat zur Prüfung im
Harn 45, einfache Probe 399.
Zungenspatel, zerlegbarer 570.
Zymin, Eigenschaften des 93,
bei Gonorrhoe 547.

Bücherschau.

- Albu, Die vegetarische Diaet 382.
- Bendix, Lehrbuch der Kinderheilkunde 95.
- Beuttner, Gynaecologia Helvetica 431.
- Blumenthal, Pathologie des Harnes am Krankenbett 141.
- Buxbaum, Lehrbuch der Hydrotherapie 380.
- Dölger, Die Mittelohreiterungen 288.
- Encyclopaedie der Mikroskopischen Technik 142, 190, 288.
- Eulenburg, Kolle, Weintraud, Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden 479.
- Feilchenfeld, Leitfaden der ärztlichen Versicherungspraxis 96.
- Flatau, Hygienischer Hausfreund 431.
- Flügge, Das Recht des Arztes 429.
- Fränkel, Die 20 splanchnologischen Vorträge des medicin. Staatsexamens 384.
- Freund, Grundriss der gesamten Radiotherapie 238.
- Grätzer, Therapeutischer Rathgeber für die tägliche Praxis 47, 142.
- Centralblatt für Kinderheilkunde 189.
- Herz, Lehrbuch der Heilgymnastik 95.
- Hessing u. Hasslauer, Orthopaedische Therapie 479.
- Hochsinger, Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause 384.
- Jacob u. Pannwitz, Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose 382.
- Jacobi, Atlas der Hautkrankheiten 380.
- Klette, Vademecum für den Mediciner 430.
- Legahn, Erbliche Belastung und Gattenwahl 431.
- Lehmann's Medicinische Handatlanten 2, 38, 382, Atlanten 383.
- Leyden u. Klemperer, Die deutsche Klinik 287.
- Lorenz, Prakt. Führer durch die gesammte Medicin 430.
- Malade, Der Hülfsprediger 432.
- Medicinalkalender 144, 189, 237.
- Merck's Index 190, Jahresbericht 431.
- v. Metnitz, Lehrbuch der Zahnheilkunde 95.
- Mittheilungen der deutschen Gesellschaft zur Bekämp-

XXVI

- fung der Geschlechtskrankheiten 239.
- Monti, Kinderheilkunde 190, 288, 480.
- Natterer, Kurze Darstellung des preuss. Gesetzes betreffend die Ehrengerichte 143.
- Neumann, Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten 429.
- Norström, Der chron. Kopfschmerz und seine Behandlung mit Massage 381.
- Pannwitz, I. Internat. Tuberculose-Conferenz 480.
- Rauber, Lehrbuch der Anatomie des Menschen 48, 381.
- Rosenbach, Arzt c/a Bakteriologe 238.
- Schilling, Hygiene u. Diaetetik der Stoffwechselkrankheiten 383.
- Steuerpflicht 430.
- Sommer, Beiträge zur Psychiatrischen Klinik 142, 190.
- Sommerfeld, Hygienische Volksschriften 143.
- Zabdulowski, Technik der Massage 381.
- v. Zeissl, Diagnose u. Therapie des Trippers 288.

Namen - Verzeichniss.

A.

Abraham 303.
Adamkiewicz 271,
272.
Ahlfeld 118.
Aisinmann 452.
Alapy 503.
Albert 366, 547.
Albrecht 140.
Albu 504.
Allard 223.
v. Arlt 197.
Arning 405.
Aronheim 529.
Aronsohn 270, 295.
Aufrecht 318, 460.

B.

Bab 242.
Babinski 177.
Bärensprung 302.
Baginsky 410.
Bálint 68, 205.
Bandelier 11.
Barlow 535 ff.
Baumgarten 466.
Becker 402, 445, 488.
Beckmann 571.
Behrmann 1.
Benario 248.
Benda 202.
Bensinger 263.
Berdach 440.

Berent 483.
Bergmann 200, 569.
Berliner 4.
Berndt 439.
Bettmann 229.
Beurmann 214.
Beuttner 542.
Bidder 12.
Bier 525.
Biernacki 435.
Binz 410.
Bischoff 408.
Blaschko 302.
Bloch 39.
Blumberg 57, 58.
Blumenfeld 409.
Blumenthal 88.
Boissard 503.
Bolen 574.
Bollenhagen 365.
Bollinger 200.
Boldt 309.
Borchardt 277, 400,
504.
Borchgrevink 331.
Borde 573.
Boss 211, 247.
Bossi 22, 78, 171.
Braatz 287.
v. Brackel 448.
Brase 333.
Brat 542.
Brauer 93.

Braun 385.
Brennsohn 401.
Bressel 409.
Brocq 218.
Brown 219.
v. Brunn 12.
Brunton 197.
Buchwald 334.
Büdingen 454.
Büsing 87.
Bum 450.
Bumke 193.
Bumm 516.
Burwinkel 465.
Bychowski 394.
Byk 420.

C.

Caro 438.
Casper 330.
Cassel 538.
Cedercreuz 35.
Chiari 89.
Chotzen 123.
Clemm 60.
Cohn 121, 221, 404,
505, 541.
Councilman 178.
Courvoisier 441.
Crha 572.
Cronheim 542.
Curschmann 163.
Cybulski 128, 222

XXVIII

Czerny 492.
v. Cziky 396.

D.

Damrow 12.
Danelius 522.
Danielsohn 57.
Darier 199.
Decker 272.
Deucher 285.
Diehl 364.
v. Dobrzynicki 397.
Döring 374.
Dorn 409.
Dornblüth 412.
Dower 127.
Dreesmann 334.
Dreuw 463.
Duckworth 197.
Dührssen 517.
v. Düring 327.
Dumont 419.
Dunbar 512, 552.
Durlacher 259.

E.

Eberson 478.
Ebstein 461.
Eckert 388.
Eckstein 231, 243.
Edinger 563.
Ehrich 49.
Ehrlich 543.
Ehrmann 219.
v. Eiselsberg 128.
Eklund 60.
Elschner 261.
Elsner 55.

Engel 461.
Engelmann 333.
Enslin 264.
Escherich 500.
Esser 183.
Eilenburg 205, 437.
Ewald 318, 334.

F.

Fasching 243.
Fauser 275.
Federn 347.
Feibes 405.
Finger 247.
Fink 532, 553.
Finkelstein 540.
Finsen 471.
Fischer 154, 236, 343, 466.
Fittig 226.
Fleiner 491.
Floret 114.
Förster 123.
Fournier 5, 325.
Fränkel 457.
Franke 77.
Frey 368.
Friedeberg 161, 407.
Friedemann 318.
Friedjung 453.
Friedländer 160, 255, 547.
Friedmann 368.
v. Frisch 40.
Fritsch 193.
Fromm 378.
Fuchs 97, 180, 338, 425, 453, 465.

Fuchsig 520.
Fürbringer 57, 201, 501.
Fürst 72, 106, 214.
Füth 116.
Fuhrmann 60.

G.

Gaglio 319.
Gallois 377.
Gautier 112.
Gebhardt 379.
Geissler 570.
Gerhardt 183.
Gerlach 145.
Gerson 147, 533.
Gersung 231.
Gerwin 462.
Gessner 168, 320.
Glaser 348, 351, 441.
Glöckner 231.
Gnezda 379, 433.
Götze 67.
Gokieloff 66.
Goldberg 476.
Goldflam 176.
Goldman 346.
Goldmann 121.
Goldschmidt 115.
v. Gosen 236.
Gradenwitz 85.
Gröber 362.
Grosalik 120.
Gross 107.
Grossmann 51.

H.

Haass 207.
Habs 525.

Hackenbruch 531.
 Hahn 53, 353.
 Haike 436.
 Hajeck 254.
 Haller 247.
 Hamburger 268.
 Hamel 137.
 Hamm 464.
 Hammer 244.
 Hartmann 196.
 Harttung 152.
 Hauenschild 370.
 Hauser 539.
 Hecht 66.
 Heermann 458.
 Helfer 316.
 Heller 156, 178.
 Helmbold 237.
 Henius 247.
 Henoeh 467, 505.
 v. Herff 367.
 Herhold 455.
 Herrmann 521.
 Herzog 70.
 Hess 57.
 Hesse 59.
 Heubel 10.
 Heuber 535 ff.
 Heusner 156.
 Heuss 299.
 Heymann 10.
 Hildebrandt 189.
 Hirsch 33, 203.
 Hirschberg 3.
 Hirschl 451.
 Hirt 243.
 Hirtz 419.
 Hitzig 562.

Hönigsmied 477.
 v. Hösslin 317.
 Hofbauer 135.
 Hoffmann 473.
 Hofmeier 25, 28.
 Hofmann 439.
 Hohlfeld 270.
 Holländer 18, 174.
 Holz 502.
 Holzapfel 174.
 Homburger 311.
 Honigmann 530.
 Honsell 146.
 Horowitz 301, 352.
 Hrach 554.
 Huchard 60.

I.

Immerwahr 553.
 Isaac 324.

J.

Jacobsohn 46, 73.
 Jacusiel 544.
 Jaenicke 367.
 Jaerisch 332.
 Jaworski 487.
 Jesioneck 21.
 Jessner 219.
 Jochmann 356.
 Jungeboldt 79.

K.

Kaiser 171.
 Kapsammer 353.
 Karfunkel 91.
 v. Karwowski 210.
 Katz 491.
 Katzenstein 124.

Kaufmann 15.
 Kennel 241.
 v. Kétly 89, 306, 359.
 Kinner 550.
 Kirchner 216.
 Kirstein 469.
 Kisch 342.
 Kittel 355.
 Kiwall 211.
 Kleist 467.
 Klemperer 168, 266.
 491, 538.
 Klotz 267.
 v. Kluczycki 427.
 Knapp 78.
 Köbner 21.
 Körner 236.
 Köster 357, 359, 412.
 Kolbassenko 470.
 Kopp 74.
 Koslenko 284.
 Kowalewsky 443,
 444.
 Krall 515.
 Kramer 460.
 Kraus 136, 137, 195,
 236, 475.
 Krause 34, 180.
 Krim 70.
 Krömer 292.
 Krönig 56, 57, 58.
 Kromayer 66.
 Kronheim 2.
 Kropil 453.
 Kühn 224, 519.
 Küster 140, 504.
 Kuno 202.
 Kussmaul 491.

L.

Landerer 125, 269.
 Landgraf 62.
 Lang 37, 168.
 Lange 296.
 Lanz 214.
 Laquer 94.
 Laqueur 39.
 Lažanský 203.
 Lazarus 486.
 Lebbin 38.
 Lehmann 112.
 Leibholz 211.
 Leo 215.
 Leopold 22.
 Leroux 361.
 Lesser 325.
 v. Leube 565.
 Leven 111.
 v. Leyden 85, 271.
 Lichtwitz 203.
 v. Liebermeister 497.
 Liebreich 3, 378.
 Liepelt 509.
 Lilienfeld 483.
 Linser 414.
 Lion 204.
 Lipliawski 379.
 Lissauer 20.
 Litten 537.
 Lohnstein 362.
 Lorand 497.
 Lotheissen 438.
 Lucke 466.

M.

Maillefert 499.
 Malade 555.

Maldarescu 368.
 Mallory 178.
 Mandelin 1.
 Mann 30, 81, 124.
 Mannaberg 338.
 Mannheim 120.
 Mankiewicz 375.
 Marcus 484.
 Marcuse 369, 558.
 Margoniner 33, 369.
 Marx 60.
 Matzner 163.
 Meinertz 372.
 Meissner 510.
 Mendel 421.
 Mengelberg 458.
 Menzer 113.
 v. Mering 343.
 Meyer 63, 348, 362.
 Michelet 319.
 Minkowsky 182.
 Möbius 443.
 Möller 535.
 Mohr 573.
 Montag 372.
 Moos 116, 170.
 Moser 151.
 Most 428.
 Moszkowicz 231.
 Mucha 113.
 Mühlig 556.
 Müller 85, 448, 542, 551.

N.

Näf 508.
 Naunyn 63, 441, 565.
 Neisser 37, 122, 152.

Neuburger 398.
 Neufeld 397.
 Neumann, H. 538.
 Neumann, R. O. 286.
 Neuwirth 546.
 Nipperdey 241.
 Nothnagel 338.
 v. Noorden 100, 281.
 Nusch 317.

O.

Oberst 489, 531.
 Oehler 332.
 Orlipski 20, 107, 301.
 Orth 540.
 Ortner 136.
 Ossipow 68.
 Ostermaier 108.
 Oswald 199.
 Otto 347.

P.

Pal 310.
 Palotai 261.
 Paschkis 14.
 Paulsen 162.
 Pause 459.
 Pearce 178.
 Perthes 345.
 Peters 325.
 Petit 112.
 Petruschky 417.
 Pfannenstiel 290.
 Pfeiffer 510.
 Pfister 391.
 Philippsen 428.
 Pichler 393.
 Pick 217, 304, 534.

Pins 347.
Podack 359.
Poehl 204.
Politzer 217.
Poly 482.
Ponfick 24.
Popescul 547.
Potain 503.
Pribram 490.
Pröscher 428.
Profeta 327.

R.

v. Rad 297.
Rahn 92, 234.
Rammstedt 50, 245.
Rapp 93.
Rasch 185.
Rausche 343.
Ravasini 208.
Redlich 497.
Reichmann 217.
Reissig 490.
Reitter 346.
Renvers 267.
Réthi 515.
Ribbert 417.
Richet 68.
Richmond 182.
Richter 162.
Riedel 401.
Riegler 379, 399.
Riehl 208.
Ritsert 488.
Ritter 540, 543.
Röder 218.
Rössler 533.
Rohden 233, 329, 427.

Roscher 371.
Rosenfeld 481.
Rosenheim 549.
Rosenstein 555.
Rosenthal 209.
Rossa 173.
Rudinger 337.
Rudolph 269.
Ruhemann 257.
Runge 106.

S.

Saalfeld 425.
Sack 187, 567.
Sahli 428.
Schalenkamp 360.
Schandelbauer 20.
Schild 170.
Schiller 245.
Schindler 335.
Schirokauer 549.
Schleich 242, 489.
Schlesinger 283, 373.
Schlüter 139.
Schmauch 224.
Schmiedl 486.
Schmidt 62, 134, 475, 519.
Schmorl 540.
Schneider 159.
Schneiderlin 196.
Schnitzer 68.
Schottelius 179.
Shourp 222.
Schröder 253, 524.
v. Schrötter 51.
Schubert 133.

Schubiger-Hartmann 149.
Schüle 482.
Schütter 273.
Schütze 522.
v. Schuler 181.
Schulhof 498.
Schultes 158.
Schultz 296.
Schultze 209, 541.
Schumburg 533.
Schuppenhauer 574.
Schwab 208.
Schwalbe 94.
Secretan 574.
Seitz 210.
Sellei 470, 545.
Senator 502, 543.
Sergais 112.
Siefert 433.
Sieveking 252.
Silberstein 416, 476.
Singer 139, 419, 511.
Sklarek 545.
Smith 78.
Sommerfeld 523.
Soupauld 230.
Spicker 274.
Springer 42.
Stadelmann 200, 306.
Städtler 506.
Starck 314.
Steckel 313, 507.
Stegmann 127.
v. Steinbüchel 196.
Steinhauer 498.
Steinhaus 169.

XXXII

Stern 165, 276, 407,
502.
Stich 45.
Stichl 434.
Stilling 100.
Stock 533.
Stolz 490.
Storp 401.
Sträter 61.
Strasburger 105.
Strauss 45, 63, 67,
473.
Streit 471.
Ströll 155, 306.
Strohmayer 442.
Stross 472.
Stroynowski 188.
Strubell 490.
Strübing 339.
Stuertz 551.
Stursberg 214.
Sugár 216, 254.
Sultan 498.
Swoboda 360.

T.

Tänzer 452.
Tanfiljew 155.
Tauszk 90.
Taylor 169.
Thaussig 42.
Thiem 165.
Thimm 338, 557.
Thomalla 574.
Thomson 77.
Thost 512.
Thumen 427.
Tichy 9.

Tillmanns 500.
Tölken 105.
Toff 149, 390, 409.
Topolanski 493.
Toulouse 68.
Traugott 307.
Treitner 189.
Trenité 13.
Troje 414.
Turnowsky 361.

U.

Uhthoff 30, 31, 82,
84, 123.
Unger 344.
Unna 15, 74.
Unterberger 126.
Urbantschitsch 216.

V.

Valentini 420.
Veit 320.
Veverka 302.
Vierordt 355.
Vieth 567.
Voltolini 104, 379.
Vossius 325.
Vulliet 213.

W.

Wagner 128, 205,
236, 264.
Walbach 316.
Waldvogel 165.
Walko 273.
Wanach 146.
Wanke 235.
Weber 245.
Wechselmann 65.

Wegner 282.
Weichselbaum 64.
Weigert 419.
Weil 369, 390.
Weill 100, 132.
v. Weinberger 347.
Weintraub 76.
Weiss 254, 338, 550.
Weissberg 120.
Weissenberg 76.
Weissmann 252.
Weliamowitsch 66.
Wernicke 84.
v. Winckel 116, 242.
Windscheid 560.
Winterberg 315.
Winternitz 80.
Wischnowitzer 195.
Witzel 439.
Wolf 469.
Wolff 497, 566.
Wolters 162, 250.
Woroschilsky 182.
Woyer 323, 354.
Wülfig 157.

Z.

v. Zandt 263.
Zangemeister 172.
Zaudy 495.
Zeigan 362.
Zenker 271.
Zeumer 89.
Ziegler 518.
Ziemssen 21.
Zupnik 32.
Zuppinger 200.
Zweifel 117, 509.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 1.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Salimann, Leipzig.

October

XII. Jahrgang

1902.

Die früher erschienenen elf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Akne. Herba violae tricoloris in hartnäckigen Fällen von *A. vulgaris*, wo oft andere Mittel gänzlich fehlschlagen, wandte mehrfach mit bestem Erfolge an Dr. S. Behrmann (Nürnberg), und zwar in Form eines Theeaufgusses oder einer Abkochung mit Wasser oder Milch (1 : 10). Stiefmütterchen enthält nach Mandolin erhebliche Mengen von Magnesiumtartarat, sowie Salicylsäure. Letztere wirkt, wenn der Thee sehr warm getrunken wird, schweisstreibend. Nach der Meissner-Unna'schen Ansicht wird das Fett nicht bloss durch die Talg-, sondern auch durch die Schweissdrüsen ausgeschieden. Das Wesen der *A. vulgaris* aber besteht in einer Fettstauung und in einer übermässigen Fettbildung mehr passiver Natur durch die mangelhafte Function der Talgdrüsen. Die Salicylsäure wird, bo-

sonders unter Begünstigung der Wärme, durch fast alle Secretionsorgane aus dem Körper entfernt, also auch durch die Talgdrüsen. Käme noch die keratolytische Wirkung des Salicyls in Betracht, die sich ebenfalls zu documentiren hat, weil die entzündeten Talgdrüsen durch Hornpfropfe verstopft sind. Betrachtet man aber die A. vulgaris als Ausdruck einer Intoxication, wofür vieles spricht, so wirkt der andere Bestandtheil des Stiefmütterchen, das Magnesiumtartarat als Abführmittel, die Toxine aus dem Darne beseitigend, während die Salicylsäure wiederum in ihrer antizymotischen Wirkung als Gegenmittel der Toxine einsetzt und deren Resorption vom Darm aus hemmt. So ist es erklärlich, wie jener billige und wohlschmeckende Thee zum Heilmittel gegen A. wird. Gleichzeitig giebt uns dessen chemische Zusammensetzung einen interessanten Fingerzeig zur Auswahl der event. innerlich gegen die A. zu verabreichenden Medicamente. Anstatt der Salicylsäure könnten wir ja event. Aspirin, Salophen, Salol in kleinen Dosen und längere Zeit über nehmen lassen, statt des Magnesiumtartarats die Mittelsalze, Glaubersalz, Bittersalz etc., resp. Heilquellen wie Karlsbad, Marienbad, Kissingen, Homburg oder die entsprechenden Sandow'schen Salze. Vielfach wirkt Stiefmütterchen bei A. vulgaris direct electiv. Man sieht die Efflorescenzen dann einzeln hervortreten. Applicirt man auf dieselben während der Nacht einen Pflastermull (~~Carbol oder Salicylquecksilber~~), dessen Reste man am Morgen mittelst Benzin und Watte entfernt, so tritt Aufbruch der grösseren und Resorption der kleineren Pusteln ein. Die aufgebrochenen Knoten lässt man tagsüber bei Pat., die ihrem Berufe nachgehen, mit pulverisirter Borsäure bedecken, sonst legt man hier Zink- resp. ~~Zinkichthyolpflastermull~~ auf und kann so ohne Messer Heilung herbeiführen.

(Dermatolog. Centralblatt 1902 No. 10.)

Anaemie, Chlorose. Perdynamin empfiehlt Dr. O. Kronheim (Berlin) als ein Präparat, das mit den Vorzügen hohen Eisengehaltes und Nährwerthes auch den grossen Wohlgeschmackes vereinigt; leichte Verdaulichkeit und Resorbirbarkeit sind weitere Eigenschaften, welche die Ordination des Perdynamins bei *Chlorose*, *Anaemie*, *Scrophulose*, *Phthise*, Reconvalescenz rechtfertigen. Sehr

gute Dienste leistet es auch bei *Appetitlosigkeit*, sowie bei *Erbrechen der Schwangeren*, wo es Autor mit bestem Erfolge anwandte. Kinder erhalten 2 mal tägl. 1—2 Kinderlöffel rein oder in Milch, Erwachsene $\frac{1}{2}$ Stunde vor jeder Mahlzeit 1 Cognacgläschen rein oder mit Wein, Thee, Selterwasser etc.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 27.)

- Mit **Perdynamin** hat Prof. O. Liebreich Versuche angestellt, um zu constatiren, ob der Haemoglobingehalt des Blutes wirklich durch das Mittel beeinflusst wird. Bei einem Kaninchen stieg innerhalb 11 Tagen der Haemoglobingehalt von 53—57% auf 70% und erhielt sich bei weiterer Verabreichung auf dieser Höhe. Daraus geht hervor, dass **Perdynamin** in der That ein sehr kräftiges blutbildendes Mittel ist.

(Therap. Monatshefte 1902 No. 8.)

Arznei-Exantheme. Ueber einen Fall von Nebenwirkung des Aspirin macht Geh. S.-R. Dr. Hirschberg (Posen) Mittheilung. Pat. erhielt am 13. XI. 1901 Abends 7 Uhr wegen rheumatischer Schmerzen 1 g Aspirin in Pulverform. Nachts wurde Autor zu dem Pat. gerufen. Gegen 10 Uhr Abends nämlich klagte dieser, dass sein Gesicht, Augen und Unterlippe stark aufgeschwollen, die Nase verstopft sei; in den Rachen laufe ihm flüssiger Schleim herab, den er nur durch anhaltendes Räuspern entfernen könne, die Kopfhaut sei geschwollen und jucke, das Sprechen falle ihm schwer. Autor fand folgendes: Beide Augenlider so geschwollen, dass die Augäpfel in den verengten Augenspalten kaum zur Hälfte sichtbar sind. Unterlippe sehr geschwollen, Schleimhaut derselben stark oedematös hervorgetrieben und geröthet. Die angeschwollenen Theile fühlen sich hart, infiltrirt an. Die aufgeworfenen rothen und dicken Lippen und die Lidschwellung geben dem Gesicht ein maskenhaftes Aussehen. Kopfhaut stellenweise in Fünfmärkstückgrösse scharlachartig geröthet und geschwollen. Aehnliche Scharlachröthe zeigt die Haut der geschwollenen Unterlider, eine flächenhaft ausgebreitete Scharlachröthe die Haut am Nacken bis zum 1. Brustwirbel. Am Rumpfe nirgends Röthe, dagegen eine rothe Quaddel von Fünfmärkstückgrösse auf der rechten Kniescheibe,

1*.

jedoch ohne Infiltration. Weicher Gaumen und Zäpfchen scharlachroth gefärbt, Puls ruhig, Temp. $36,5^{\circ}$ Sensorium frei, Allgemeinbefinden befriedigend, Urin frei von Eiweiss und Zucker. Tags darauf schon kleiner Rückgang der Erscheinungen und 2 Tage später fast völlig verschwunden. Es ist zum ersten Male eine solche Nebenwirkung des Aspirin zur Beobachtung gelangt. Jedenfalls handelt es sich um eine Idiosynkrasie. Interessant war die Localisation des Exanthems hauptsächlich an Kopf und Nacken. Der Umstand, dass gerade die Rachenschleimhaut zunächst stark ergriffen wurde, könnte vielleicht durch eine locale Reizung des Rachens durch das Aspirinpulver beim Verschlucken desselben erklärt werden, wobei angenommen werden kann, dass von hier aus die Reizungserscheinungen durch die Lymphbahnen nach dem Gesicht fortgepflanzt worden sind.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No 23.)

- Zur Differentialdiagnose der Syphilis und syphilisähnlicher A. führt Dr. C. Berliner (Aachen) mehrere Beobachtungen aus seiner Praxis auf. Er bekam z. B. im vorigen Jahre einen Pat. in Behandlung, der als Luetiker nach Aachen geschickt war, um eine Hg- und Bädercur durchzumachen. Der 35 jähr. Pat. hatte seit mehreren Tagen „Geschwüre“ im Munde und kann wegen der grossen Schmerzen beim Kauen nur flüssige Kost geniessen. Die Besichtigung der Mundhöhle ergab ein Bild, das auf den ersten Blick eine hochgradige mercurielle Stomatitis vortäuschte. Schleimhaut diffus und regellos grauweiss verfärbt, stellenweise blasenartig von der Unterlage losgelöst und rissig. Am vorderen Gaumenbogen, an der Uvula und an den Tonsillen Schleimhaut theilweise in einen diphtheroiden Belag umgewandelt. Lippen geschwollen und von schmierigen Krusten bedeckt. Recht eigentliche umschriebene Plaques muqueuses, die an Lues erinnerten, konnte Autor nirgends entdecken. Gebiss des Pat. gut erhalten, Zahnfleisch nur wenig befallen. Pat. klagte über starke Salivation, die ihm die Nachtruhe raubte. Das Leiden entstand vor wenigen Tagen ganz plötzlich, von Lues weiss Pat. nichts, nie habe er einen Schanker gehabt. Er sei ein starker Raucher, habe aber in den letzten Tagen nicht mehr wie sonst geraucht. Eine Hg-Cur ist nie durch-

gemacht worden. Pat. zeigt nichts von Syphilis. Eine spezifische Cur leitete Autor nicht ein, weil er Syphilis sofort ausschloss; die Diagnose blieb einstweilen in suspenso. Die befallenen Parthieen wurden mit 5%iger Chromsäurelösung leicht betupft, mit reinem Wasser nachgespült und ein Mundwasser verordnet. Schon nach der 1. Einpinselung fühlte Pat. Erleichterung, am 3. Tage fast alle Schmerzen verschwunden, nach fünf Tagen konnte Pat. schon feste Speisen essen. Es ergab sich auch später, dass Pat. einen Tag vor Ausbruch der Krankheit gegen seine Migräne mehrere Antipyrinpulver genommen hatte; also ein *Antipyrin-exanthem*, für dessen Localisation das starke Rauchen vielleicht einen prädisponirenden Factor abgegeben hatte. Gerade die relativ häufig beobachtete Localisation der Antipyrinerscheinungen in der Mundhöhle und an den Genitalien bieten der Diagnose mancherlei Schwierigkeiten und imponiren vor allem leicht als Luessymptome. Fournier schreibt über die bullösen Antipyrinexantheme: „In der Regel setzt der Ausschlag mit Brennen und Schwellung der befallenen Theile ein. Der ganze Anfall dauert bis zur völligen Heilung ca. 2—3 Wochen. Die abgeheilten Blasen hinterlassen stets Pigmentflecke, die in ihrer bräunlichen Färbung stark an abgelaufene Syphilis erinnern und manchen Kliniker zu diagnostischen Irrthümern verleiteten.“ Zum Glück macht der Pat. manchmal selbst auf den Zusammenhang aufmerksam. So bei einem *Salipyrinausschlag*. Im November 1901 wurde Autor von einem 37jähr. Herrn consultirt. Derselbe erzählte, er habe vor wenigen Stunden gegen seine Migräne ein Salipyrinpulver genommen und habe nunmehr die Empfindung, als ob er es ebensowenig vertrage, wie die Migraeninpulver, die er schon einige Male gebraucht habe. Jedesmal habe er schon 1 Stunde darauf Prickeln in der Haut, Trockenheit und Schlingbeschwerden im Halse empfunden; sodann verspüre er an der Vorhaut des Gliedes Stechen und Brennen, er werde unruhig und verliere den Appetit, nach 5—6 Stunden trete Schwellung der Vorhaut auf, unter Schüttelfrost und Fieber bildeten sich Blasen in der Haut, die aufbrechen und Nassen verursachen. Im vorigen Jahre seien diese Erscheinungen schon nach $\frac{1}{2}$ Migraeninpulver aufgetreten. Auch die Lippe sei geschwollen gewesen, habe

sich blasenartig losgelöst und dann genässt. 14 Tage bis 3 Wochen vergingen, ehe alles wieder abgeheilt sei. Deshalb habe er diesmal Salipyrin genommen, aber er scheine auch dies nicht zu vertragen und bäte um ein „Gegenmittel“. Es wurde ein Purgans verordnet. Tags darauf meldete Pat., es sei alles wieder eingetroffen, nur das Allgemeinbefinden besser wie sonst. Mundhöhle und Lippen intact. Vorhaut, theilweise auch die Haut des Penis und des Scrotums, leicht geschwollen, stellenweise geröthet und mit kleinen, schlappen Blasen bedeckt; stellenweise, wo die Blasendecke gesprungen war, sah die Haut wie macerirt aus und nässte. Unter täglicher Application eines Borvaselinlappchens heilten die Stellen in 10 Tagen ab, ohne Spuren zu hinterlassen. Neuerdings hatte Autor Gelegenheit, einen Salipyrinausschlag zu sehen, der grosse Aehnlichkeit mit einemluetischen Exanthem hatte. Ein 18jähr. Mädchen aus sehr achtbarer Familie war vor 14 Tagen an einem leichten, mit Fieber und Kopfschmerzen verbundenen Influenzaanfall erkrankt. 2 Tage später bemerkte sie am Bauch einige kleine Blasen. Etwa 8 Tage darauf entwickelte sich unter beträchtlichem Jucken der gegenwärtige Ausschlag an Brust, Rücken und Extremitäten, hellrosarotheflechte, Papeln, Ringe, nur wenig über das Niveau der Haut hervorragend und hie und da geringe Schuppung aufweisend. In der Jugend hatte Pat. nach einer Verdauungsstörung einmal Nesseln bekommen, sonst aber nie eine Hautkrankheit gehabt. Eine Ursache für den jetzigen Ausschlag war nicht zu eruiren, Lues war, obwohl die Aehnlichkeit eine frappante war, sicher auszuschliessen. Schliesslich ergab sich durch Nachforschung, dass Pat. während der Influenza mehrere Salipyrinpulver erhalten hatte. Ungewöhnlich war hier der etwas verzögerte Ausbruch des Exanthems, wenn man nicht schon die kleinen Blasen am Bauch als Beginn desselben ansehen will. Manche in der Litteratur als Influenzaausschläge publicirten Fälle dürften medicamentöse gewesen sein. Von differentialdiagnostischem Interesse ist auch folgender, noch in Behandlung befindlicher Fall: 25jähr. Pat. aus Berlin inficirte sichluetisch im September 1901, bekam Plaques im Munde und einen maculo-papulösen Ausschlag am Kopf und Körper. Sublimatinjectionen, darauf Besserung.

Dann Behandlung durch einen Naturarzt, Verschlimmerung des Zustandes, worauf ein Arzt Hg-Pillen und Jod gab. So monatelange Behandlung, dabei aber immer neue Erscheinungen, sodass Pat. endlich in Aachen Heilung suchte. Anfang Mai folgender Status: Auf dem sehr spärlich behaarten Kopfe nahe der Stirn einzelne schwach-rothe Flecken, daneben helle, pigmentirte, leicht narbig vertiefte Stellen, an denen nach Angaben des Pat. rothe Knötchen gesessen hatten. Auf dem Hinterkopfe 2, etwa $1\frac{1}{2}$ cm von einander entfernte, markstückgrosse, mehr querovale, flache, ziemlich derbe Erhabenheiten mit unebener, gerötheter, nach der Peripherie hin intacter Oberfläche und ulcerirtem, vertieften, mit Borken bedecktem Centrum. Eine ähnliche, fast gleichgrosse, knotige, nässende Erhabenheit hinter dem linken Ohr, genau über dem Proc. mastoid. Aussehen wie tubero-ulceröse Gummata. Ueber dem linken Scheitelbein noch ein bohngrosser, im Centrum ulcerirter Knoten. Ein auffallendes, für maligne oder tertiäre Syphilis ungewöhnliches Bild bietet die Mundparthie dar. Oberlippe stark geschwollen, mit Krusten und Borken bedeckt; unmittelbar am linken Meatus narium beginnend, zieht sich, die ganze linke Schnurrbartgegend einnehmend, eine längliche, von drusigen Excrescenzen begrenzte, mittelweiche, schwach secernirende Geschwürsfläche hin, und nur wenige mm von ihr entfernt eine zweite ebenso beschaffene, die Oberlippe nahe dem linken Mundwinkel einnehmend. Gleichzeitig Rhinitis. Rechte Seite der Zunge und rechte Wangenschleimhaut weisen grauweisse, ulcerirte Stellen auf, der vordere Gaumenbogen links und die linke Tonsille Plaques muqueuses. Pat. kann wegen Schwellung und Spannung der Lippe den Mund nicht gut öffnen, klagt über grosse Schmerzen beim Schlucken und kann nur Flüssiges geniessen. Erschreckend sieht der Penis aus: stark geschwollen, geröthet und von grossen gangraenösen Geschwüren bedeckt. Da der sonst ganz kräftige, gut genährte Pat. kaum $\frac{1}{2}$ Jahr krank ist, von Anfang an und fortgesetzt behandelt wurde, so war es schwer, für alle Erscheinungen selbst eine maligne Syphilis verantwortlich zu machen. Pat. schrieb das Meiste der Jodwirkung zu, da ein grosser Theil der Symptome erst im Verlaufe der Jodeur entstand. Autor behandelte zunächst

nur local: die Plaques und Geschwüre im Munde mit Chromsäurelösung (Pat. wurde nach drei Tagen völlig schmerzfrei und konnte wieder feste Nahrung zu sich nehmen), die Borken und Krusten auf den Geschwüren am Kopfe und an der Oberlippe wurden mit Zinkichthyolsalbenmull erweicht und abgelöst, hierauf stellenweise rothe Praecipitatsalbe, stellenweise Unna'sches Quecksilberpflaster applicirt, die Geschwüre am Penis mit oft gewechselten Bleiwasserumschlägen behandelt und relativ rasch zur Abheilung gebracht. Nach den ersten fünf Tagen, als das Allgemeinbefinden sich gebessert hatte, entschloss sich Autor zu einer energischen, gemischten Schmier- und Jodcur. Pat. hatte bis dahin, wie die Recepte zeigten, zwar sehr lange, aber nie in genügend starken Dosen Hg und Jod erhalten. Er bekam 3mal tägl. 1 Esslöffel von Kal. jodat. 7:200. Schon nach zwei Esslöffeln schossen auf dem Kopfe Pusteln und rothe Knötchen hervor, die Oberlippe war am nächsten Tage, nach vier Esslöffeln, mehr als vorher geschwollen, die Geschwüre, die sich bereits gebessert, erschienen wieder schlimmer, an der rechten Seite der Oberlippe war ein erbsengrosses drusiges Knötchen entstanden, ein grösserer Knoten entwickelte sich auf dem rechten Oberschenkel, ulcerirte nach zwei Tagen im Centrum und zeigte unter Bädern und unter Application von Quecksilberpflaster nurlangsame Heilungstendenz. Es war jetzt klar, dass es sich in der Hauptsache um ein *Jodexanthem* handelte, das unter dem Einflusse der floriden, bis dahin unzureichend behandelten Syphilis Veränderungen erfahren hatte, die lebhaft an tertiäre Lues erinnerten. Es wurde natürlich Jod ausgesetzt; unter der energischen Schmiercur und täglichen Schwefelbädern (welche Combination sich vorzüglich bewährt!) ist jetzt nach fünfwöchentlicher Behandlung alles abgeheilt. Fragen wir nach differentialdiagnostischen Merkmalen, die uns vor verhängnissvollen Irrthümern bewahren können, so empfiehlt es sich in jedem Falle von acut auftretenden Ausschlägen, die nicht zu den infectiösen acuten Exanthemen gehören, nach dem Genuss gewisser Speisen und Getränke zu forschen; den meisten Ausschlägen ab ingestis, und zu diesen gehören auch die medicamentösen, ist ein plötzliches Auftreten und rasches Abklingen der Erscheinungen eigen, und

ein protrahirter Verlauf ist meist nur bei fortgesetztem Gebrauch der schädlichen Substanz zu beobachten. Merkmale charakteristischer Art für A. giebt es leider nicht, auch nicht zwischen diesen und Syphilis. Nur sehr selten treten allerdings syphilitische Ausschläge unter Prickeln, Brennen, Jucken, Uebelkeit und Fieber auf, wie es A. so oft thun, nur selten zeigen Plaques muqueuses, Plaques opalines, mercurielle Stomatitis so rapiden Ausbruch und rasche Verbreitung über die ganze Mundhöhle, wie dies Antipyrinaffectionen thun, und ebenso ungewöhnlich für Lues wäre plötzliche Eruption eines fleckigen oder bullösen Exanthems an Penis und Scrotum, wie dies bei Antipyrin, Migraenin, Salipyrin beobachtet ist. Man wird in Fällen mit so localisirten Ausschlägen bei zweifelhafter Diagnose gut thun, zunächst eine locale Behandlung vorzunehmen und den Erfolg, der bei A. unter Sistirung der schädlichen Arznei nur selten lange auf sich warten lässt, für einige Tage zu beobachten, ehe man sich zu einer antisiphilitischen Cur entschliesst.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1902 Bd. 35 No 4.)

Combustio. Chlorkalklösung als Antisepticum bei Brandwunden empfiehlt Dr. Fr. Tichy (Orlau), nachdem er jetzt vier Jahre lang jede tiefergreifende oder umfangreichere C. so behandelt hat, und zwar mit dem Erfolge, dass keine Narben zurückblieben und die Epidermisirung stets prompt erfolgte. Autor benützt Compressen, getränkt mit folgender Lösung:

Rp. Calcar. hypochloros. 2,5 — 5,0
Aq. dest. 990,0
Solve, filtra, adde
Spir. camph. 5,0

Am 1. Tage werden nur leichte Kühltumschläge gemacht (mit Oel), nach 24 Stunden dann sämtliche Blasen eröffnet. Dann kommt jene Compressen darauf, die man, stets, wenn sie trocken geworden, wieder mit der Lösung übergossen, 24 Stunden liegen lässt. Dann legt man eine frische auf, nachdem man sämtliche Fetzen der geplatzten grösseren Blasen entfernt hat, und muss diese Compressen wieder stets frisch ausgiebig durchtränken. Nach dem 4.—6 Tage wird auch diese Compressen wieder vorsichtig entfernt, um zu sehen, ob der

Schorf rein und frei von Eiterung ist. Wieder auf 4—6 Tage eine Compresse, und dies solange, als noch Spuren einer Secretion bestehen. Ist diese zu Ende, die Haut trocken, Schuppen sichtbar, dann genügt Bedeckung mit Lanolin.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 29.)

Ekzem. Zur Aetiologie des E. theilt Dr. Heubel (Romrod) folgenden interessanten Fall mit. Ein 7 Monate altes Kind bekommt ein E. am Gesicht, das trotz therapeutischer Maassnahmen nicht weicht. Es ergibt sich, dass das Kind Milch von einer Kuh erhält, die eigens für dasselbe gehalten und trocken gefüttert wird, in der letzten Zeit vielfach Salz ins Futter hineingemischt erhielt. Obwohl das Kind sehr gut dabei gedeiht, die Milch auch tadellos verdaut, lässt Autor letztere aussetzen. 14 Tage darauf ist das E. ohne jede Medication geheilt. Das Kind erhält dann wieder die gleiche Milch, doch bekommt die Kuh kein Salz; es stellt sich kein E. ein. Später acquirirt das Kind jedoch wieder E. Es bekam jetzt einige Zeit die Milch vom Nachbarn geliefert; ein 5jähriges Kind des letzteren bekommt ebenfalls ein acutes E. Es stellte sich heraus, dass der Nachbar reichlich Salz mit verfütterte. Nach Aussetzen dieser Milch Abheilung des Ausschlages bei beiden Kindern. — Es ist hier fast experimentell als *Ursache des Ekzems die Milch von stark mit Salz gefütterten Kühen* nachweisbar gewesen; wodurch das Salz der Milch aber das E. hervorgebracht hat, das blieb dunkel.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 31.)

— **Chielin** empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen Dr. H. Heymann (Berlin). Chielin stellt einen Pflanzenstoff dar, der aus der Tulpenzwiebel (*Bulbus Tulipeae*) gewonnen wird. Es ist von bräunlicher Farbe, dick, klebrig, von angenehmem Geruch, lässt sich, ohne Residuen zu hinterlassen, leicht verreiben, ist in Wasser leicht löslich und nicht giftig. Bisher wurde das Mittel gegen Hautkrankheiten in der Thierpraxis mit Erfolg angewendet, Heymann benützte es auch beim Menschen in Form eines *Crème*, die nach Angabe des Fabrikanten*) sich

*) A. Berliner, Elisabethstr. 24.

zusammensetzt aus: Extr. Bulb. Tulipeae, Aq. dest., Glycerin, Byrolin, und streng neutraler Olivenölseife. Der Crème wird mit einem Borstenpinsel oder dem Finger 2mal tägl., anfangs in geringer Menge (grössere reizen!) aufgetragen und bewährte sich bei *infiltrirtem chronischem E. mit Schuppen und Knötchen* (bei vesiculösem und pustulösem nicht!). Bei Rhagaden und Rauigkeiten, speciell der Hände, sowie bei geheiltem E. war das Mittel äusserst wirksam, da es die Haut geschmeidig machte. — Günstige Resultate ergab ferner die Behandlung mit einer *Seife* aus Chiellin, die in Wasser erweicht, aufgetragen und des Nachts über, nachdem sie schnell eingetrocknet, an Ort und Stelle belassen wird. Die Seife bewährte sich bestens bei Krankheiten des Drüsenapparates, *Seborrhoe, Comedones, Acne vulgaris et indurata*, und zeichnete sich die Seife, ebenso wie der Crème, durch grosse Reinlichkeit, Reizlosigkeit, Geruchlosigkeit und Ungiftigkeit aus; sie wirken sehr juckmildernd.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 33.)

Fremdkörper. Eine spastische Mydriasis durch einen F. im Ohr beobachtete Dr. Bandelier (Lungenheilstätte Cottbus) bei einer Phthisica, welche bei ihrer Aufnahme angab, dass ihr seit einigen Wochen eine ständige Erweiterung der rechten Pupille auffalle. Eine solche bestand in der That, ohne dass sich eine Ursache eruiren liess; mit Rücksicht auf die Phthise dachte aber Autor zunächst an eine cerebrale oder spinale Reizursache tuberculösen Ursprungs. Gewöhnt, bei allen Tuberculösen jedes Organ auf eine event. Complication zu untersuchen, prüfte er auch die Ohren und entdeckte rechts einen Cerumenpfropf, verhärtet, die ganze Weite des Gehörganges ausfüllend und — wie sich nach Entfernung desselben durch Ausspülungen herausstellte — eine Glasperle eingelagert enthaltend; letztere war, wie sich Pat. jetzt entsann, ihr vor mehreren Monaten von spielender Kindeshand ins Ohr gesteckt worden, was aber total vergessen wurde, da sich Folgen nie bemerkbar machten. Am Tage nach Entfernung dieses F. nun war die Mydriasis verschwunden und blieb es auch in der Folgezeit! Wodurch war sie zustande gekommen? Pupillenerweiterung bewirkt nicht nur Reizung der im

eigentlichen Sinne pupillenerweiternden Fasern des Sympathicus, sondern auch seiner zu dem Gefässsystem in Beziehung stehenden Geflechte, und zum Halstheil des Sympathicus gehören die vasomotorischen Aeste für die Gefässe des äusseren Ohres und der Paukenhöhle. Jedenfalls wird man bei Fällen einseitiger Mydriasis, deren Genese dunkel, gut daran thun, die Ohren zu untersuchen.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 21.)

- Eine **neue Fremdkörperpincette für Nase und Ohr** hat Dr. Damrow (Alt-Damm) construiert.*) Dieselbe hat folgende Vorthelle: 1. Leichtes Fassen und Festhalten harter und weicher F., auch solcher, welche nur eine ganz kleine Angriffsfläche zeigen, stark gequollen und aufgeweicht sind. Durch die beim Zudrücken sich schliessenden und zugreifenden drei Zähnen wird der F. direct gepackt und kann nicht nach hinten zurückgedrängt werden, da die Zähne sich beim Zudrücken in den F. einbohren. 2. Gleich bequeme Anwendung für Ohr und Nase. 3. Sehr leichte Reinigung. 4. Kann im kleinsten Taschenbesteck mitgeführt werden. 5. Leichte Handhabung bei einfachster Construction.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 30.)

- Die Casuistik der **F. in der Harnblase** wird vermehrt durch einen Fall, den Dr. v. Brunn im Stendaler Krankenhause erlebte. Bei der Katheterisirung eines Pat. begegnete dem Arzte das Missgeschick, dass ihm in dem Moment, als der den Irrigator haltende Wärter diesen in die Höhe hob, der mit den Fingern gehaltene, auf den Glasrohransatz des Irrigators aufgeschobene Nélatonkatheter entglitt und verschwand. Es ergab sich, dass der Katheter sofort ganz in die Blase hineingeglitten war; dass dies möglich war, mag zum grossen Theil dem plötzlich gesteigerten Druck des in den Katheter einströmenden Wassers zuzuschreiben sein; möglicherweise befand sich das Ende des Katheters in dem Augenblick nicht in der Blase, sondern in der Urethra, und das Auge wurde durch die ihm anliegende Urethrawand verlegt, sodass der Druck ungehinderter einwirken konnte.

*) J. Thamm, Berlin N.W. Karlstr. 14.

Auffallend bleibt es ja, dass dies Ereigniss nicht häufiger eintritt. Jedenfalls mahnt der Fall zur Vorsicht. Der Katheter wurde durch Sectio alta entfernt, Pat. erlitt keinen dauernden Schaden.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 33.)

Furunkel. Die **arborative Behandlung der F. und Carbunkel mit Hülfe subcutaner Desinfection** hat gleich Bidder*) auch Dr. Trenité (Haag) schon vor einigen Jahren empfohlen und er tritt jetzt von Neuem dafür ein. Er injicirt aber ein anderes Mittel, und seine Technik weicht etwas von der Bidder's ab. Trenité rühmt Pyoktanin als wahres Specificum gegen F. Für einen mässig grossen F. genügt schon der halbe bis ganze Inhalt einer Pravazspritze, gefüllt mit einer Pyoktaninlösung 1 : 500. Ein Carbunkel erfordert natürlich mehr, aber eben darin liegt der grosse Vorzug des Pyoktanin, dass es seiner fast absoluten Unschädlichkeit wegen in beliebiger Quantität angewendet werden kann. Autor spritzt ferner wegen der Schmerzhaftigkeit nicht in dem Rande, sondern noch in gesunder Haut ein. Einmal mit der Spitze der Cantile unter die infiltrierte Zone gelangt, wird das Ende in verschiedenen Richtungen vorgeschoben und solange auf den Stempel gedrückt, bis das ganze entzündete Gebiet blau gefärbt ist. Um dies zu erreichen, erfordert ein Carbunkel selbstverständlich mehrere Stiche (bisweilen bis 10 und mehr) in der Peripherie. Das schmerzt, aber der Schmerz ist kurz, bei noch nicht zu weit vorgeschrittenem F. besteht nach kaum einigen Stunden sogar keine Druckempfindlichkeit mehr, und die endgültige Genesung erfordert in solchem Falle nur wenige Tage, indem gar keine Narbe hinterbleibt. Ist der F. schon weiter fortgeschritten, hat schon Erweichung begonnen, bestehen schon Fisteln, dann passt auf die Methode dasselbe, was Bidder von der seinigen sagt, nur bedeckt Trenité die stark secernirende Wunde, aus der ausserdem noch die Ausstossung eines nekrotischen Pfropfes erwartet wird, nie mit Pflaster zu, sondern verbindet täglich mit Priessnitz'schen Verbänden, resp. stopft mit Mull aus, getränkt mit

*) Siehe vorige Nummer.

Sol. hypochlor. sodae, die event. üblen Geruch ebenfalls gut beseitigt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 28.)

- **Hefe als Arzneimittel** hat Privatdoc. Dr. H. Paschkis versucht und zunächst über Wirkungsweise Versuche experimenteller Art angestellt, ohne freilich viel zu eruiren. Es ist nicht anzunehmen, dass namentlich bei Furunculose, bei welcher bisher die meisten Erfolge beobachtet wurden, und bei gewissen eitrigen Entzündungsprocessen der Haut die Hefe direct auf die Kokken einwirkt, und nicht minder unwahrscheinlich ist es, dass die durch den Einfluss der Hefe erzeugten, qualitativ veränderten Stoffwechselproducte Säuren, Alkalien, vielleicht auch Alkohol in statu nascendi zur Haut gelangen, um daselbst auf die Mikroben einzuwirken. Es könnte sich nur um eine entferntere Wirkung der Hefe insofern handeln, als vielleicht durch diese, resp. durch die Gährung und durch deren Producte anormale Verdauungsvorgänge unterdrückt und somit den regelmässigen Processen wieder Raum geschaffen würde. Oder mit anderen Worten: es könnte durch die Hefemedication eine für die Entstehung von Furunculose sehr bedeutsame Disposition in ähnlicher Weise beseitigt werden, wie es durch Karlsbader geschieht. Damit würde auch das refractäre Verhalten mancher Furunculosen gegen die Hefetherapie erklärt sein; in diesen Fällen wurde eben die in Verdauungs- oder Stoffwechselstörungen bestehende Disposition fehlen. Die zur Erzielung einer Heilwirkung nöthige Gährung wird im Verdauungscanale immer vor sich gehen können, wenn die Hefe zur Zeit der Nahrungsaufnahme gegeben wird, wo sich immer genügend Zucker zur Vergährung findet. Autor hat Hefe bei etwa 20 Fällen von *Furunculose*, *Akne*, *Folliculitis* verwendet. Wenn er auch nicht gleich Brocq sagen kann, Hefe wirke hier so, wie Quecksilber bei Lues, Chinin bei Malaria, so kann er doch bestätigen, dass in vielen Fällen geradezu auffallend rasche Heilwirkung erzielt wurde, während sich andere wieder völlig refractär verhielten. Die Wirkung zeigte sich schon in wenigen Tagen, doch muss und kann Hefe längere Zeit hindurch gegeben werden, da nennenswerthe Nebenerscheinungen fast stets fehlen. Man kann jedes reine,

gährfähige Präparat benützen, auch die wohlfeile, jederzeit frisch erhältliche Bäckerhefe, die der Bierhefe ziemlich gleichwerthig ist. Man giebt 5—10 g pro dosi (= 1—2 Kaffeelöffel) 1—3 mal tägl. bei den Hauptmahlzeiten in einem Glase Wasser oder kohlensauren Wasser oder Bier (Bierhefe) oder Milch (Bäckerhefe).

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 31).

— **Stypticinsalbe** (5 % mit Lanolin. pur.) hat Dr. R. Kaufmann (Frankfurt a. M.) bei acuten und speciell bei infectiösen Dermatosen mit bestem Erfolge als locales Antiphlogisticum angewandt, vor allem bei F. Kleinere F. verschwanden auf Application der Salbe innerhalb weniger Tage. Bei grösseren war zunächst Entfernung des Pfropfes nöthig und öftere Expression des Eiters, welch letzterer aber, wohl infolge der Stypticinwirkung, leichter flüssig und exprimierbar wurde. Die Entfernung des Nekrotischen geschah leicht mittelst eines spitzen Scalpells oder scharfen Löffels. Niemals waren Incisionen erforderlich. Meist erfolgte dann Restitutio ad integrum unter alleiniger Anwendung der Salbe, oder es wurde auf die Stelle des nekrotischen Pfropfes Jodoform aufgepudert und ringsherum die Salbe aufgetragen oder, falls ein Defect zurückblieb, wurde dieses in üblicher Weise mit antiseptischen Wundpulvern nachbehandelt. Ist die Heilung ungestört, so lässt man den Salbenverband besser mehrere Tage liegen. Bei Abnahme desselben findet man dann meist den F. abgeheilt oder nur noch gering infiltrirt, sodass weitere Behandlung unnöthig ist. — Auch bei *Erysipeloiden* und *Lymphangoitis*, z. B. im Anschlusse an Insectenstiche oder kleine Verletzungen, bewirkte die Salbe rasche Heilungen.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1902 Bd. 35. No. 3.)

Lepra. Ueber Localtherapie der L. sprach*) P. G. Unna (Hamburg). Die L. hat besondere Vorliebe für die periphersten Organe, die äussere Haut und die peripheren Nerven. Haben wir das Hautorgan und die peripheren Nerven von Bacillen befreit, dann ist in den meisten Fällen der Körper überhaupt grösstentheils leprafrei,

*) Vortrag, gehalten in London am 23. V. 1902 vor dem Postgraduate College des West-London-Hospitals.

und wenn von dem bleibenden Rest eine neue Ausbreitung stattfindet, so schlägt sie wieder mit Vorliebe den Weg der Haut und peripheren Nerven ein und bietet sich einer neuen localen Behandlung dar. Daher lautet der erste Satz der localen Leprabehandlung: eine möglichst energische, locale Beseitigung der Bacillen an allen sicht- und tastbaren Haut- (und Schleimhaut-) Stellen ist stets anzurathen und hat jedes Mal eine auffallend gute Wirkung auf das Allgemeinbefinden und die Lebensdauer zur Folge. Autor beginnt mit dem extremen Fall, dass nur die zur Haut gehenden sensiblen (und trophischen?) Nerven befallen sind, die Haut selbst aber sich immun verhält. Dann entstehen *die anaesthetischen Flecke, die Blaseneruptionen, Ulcerationen und Mutilationen der Finger und Zehen* ohne Bacillengehalt der Haut. Hier ist die Therapie auffallend machtlos. Strychnin, innerlich und als subcutane Injection, und Elektrizität helfen wenig; äussere Erfolge sah Autor von der lange fortgesetzten Anwendung heisser Localbäder und vom Senfmehl in Form von Pasten und Dunstumschlägen. In 2. Linie kommen die auch relativ selten, aber doch häufiger als die 1. Form vom Autor beobachteten Fälle bacillenfreier *Neurolepriden*, wo die vasomotorischen Nerven vermuthlich Sitz der Lepra-invasion ist, während die Haut auch hier ihre Immunität bewahrt, aber in Form von *Erythemflecken, Pigmentirungen* reagirt. Diese Fälle geben eine erheblich bessere Prognose. Ihre Behandlung ist dieselbe, wie die der folgenden häufigsten Gruppe der leprösen Hauterkrankungen, die das Gros der kurz als „*Hautknoten*“ bezeichneten Leprome darstellt. Hier ist die Haut auch noch immer relativ immun, d. h. es kommt nirgends zu einer Erfüllung der Lymphspalten der Cutis propria mit Bacillen. Wenn letztere eine derartige Haut invadiren, z. B. in Form einer Hautembolie, eines sogen. Erythemknotens, so findet man einige Zeit nachher, nachdem die Embolien aus den Blutgefässen verschwunden sind, nur die nächste Nachbarschaft der Hautblutgefässe bacillenhaltig; in das eigentliche Cutisgewebe dringen die Bacillen nicht ein. Dagegen finden sie einen besseren Nährboden im subcutanen Gewebe und führen hier in schleichender Weise zu enormen Bacillenlagern, welche die Haut zu unförmlichen Wülsten auftreiben und so

z. B. die exquisitesten Fälle von Leontiasis hervorrufen. Ueber diese *subcutanen Leprawülste* zieht die Cutis propria noch immer nahezu bacillenfrei hinweg. Es coincidiren also fast immer subcutane Leprome, die fast ganz aus Bacillen bestehen, mit relativ bacillenarmen Neurolepiden der eigentlichen Cutis. Diese allerhäufigste Form reagirt in sehr erfreulicher Weise auf die *reducirenden Heilmittel*, die man zweckmässig in Salbenform, in Combination mit Salicyl, anwendet. Als bestes hat sich *Pyrogallol* bewährt, das freilich das gefährlichste ist, indem es den rothen Blutkörperchen den Sauerstoff entzieht und sie zum Zerfall bringt. Seit wir aber in innerlichen grossen Dosen Salzsäure ein sicheres Gegenmittel besitzen, steht der ausgedehnten Anwendung nichts im Wege. Man wird bei dieser *universellen Pyrogallol-Schmiercur*, die Autor am meisten empfiehlt, natürlich täglich den Urin beobachten und bei stärkerer Schwärzung desselben sofort die Cur auf paar Tage unterbrechen, während die Salzsäure in grossen Dosen (1 g 2 stündl.) fortgegeben wird. Man setzt die Cur solange fort, als es die Haut verträgt. Sobald sich Blasen zeigen und die Haut wund wird, ersetzt man diese Salbe durch eine abheilende, z. B. Ichthyolverlin (1—5 %). Man beginnt die Cur mit schwächeren Salben, z. B.

Rp. Pyrogallol. 2,0
Acid. salicyl. 1,0
Vaselin. ad 100,0

und steigt, wenn sie gut vertragen wird, schliesslich bis auf:

Rp. Pyrogallol. 10,0
Acid. salicyl. 5,0
Vaselin. ad 100,0

Dabei ist es rathsam, die lepromfreien Hautbezirke nur mit den schwächer procentuirten behandeln zu lassen, an den stärkst befallenen Regionen, speciell also gewöhnlich Gesicht und Extremitäten die stärker procentuirten zu verwerthen. Bis zu 10 % igen zu gehen, ist selten nothwendig, da man in der Bedeckung einzelner stark befallener Stellen mit schwächeren und Gutta-perchapapier ein einfaches Mittel in der Hand hat, die

Wirkung zu verstärken. Diese Bedeckung wird man freilich wegen Intoxicationsgefahr vorsichtig an einzelnen Stellen, nie universell, benützen. Schwächer wirken andere reducirende Mittel. Resorcinsalben sind wegen Fortfalls der hässlichen Pyrogallölschwärzung besonders in leichteren Fällen an Gesicht und Händen, und als Nachcur daselbst brauchbar, Ichthyolsalben dort zu empfehlen, wo die subcutanen Leprome mit Stauungserscheinungen (Oedem, Cyanose) complicirt sind.

(Die Therapie der Gegenwart, Juli 1902.)

(Schluss folgt.)

Lupus. Eine neue Behandlungsmethode des *L. erythematodes*, mit der man auch die schwersten Fälle der Besserung und Heilung zuführen kann, empfiehlt Dr. E. Holländer (Berlin), nachdem er dieselbe seit 1897 erprobt und fast ausschliesslich bei alten, hoffnungslosen Fällen angewandt hat. Es handelt sich um die *innerliche Darreichung grosser Chinindosen unter gleichzeitiger äusserer Behandlung mit Jodtinctur*. Es werden 3 mal tägl. 0,5 Chinin. mur. oder sulfur. gegeben und Morgens und Abends 5—10 Minuten nach der Einnahme die befallenen Stellen mehrmals hintereinander mit Jod intensiv bepinselt. So 5—6 Tage lang, dann Pause von gleicher Dauer, bis sich die Jodkruste lamellös abhebt und eine blasse, gesunde Epidermis zum Vorschein kommt. Die Mehrzahl der Pat. bedurfte bis zu ihrer Ausheilung ca. 60 g Chinin, die sie im Laufe von Monaten zu sich nahmen. Bei mehreren Pat. machten selbst 2 g pro Tag ausser Ohrensausen, Kopfschmerzen und geringem Ziehen in den Gliedern keine Beschwerden; es scheint, dass solche Menschen Chinin schwer resorbirten, da sie auch längere Zeit bis zu ihrer Ausheilung bedurften. Bei anderen Fällen stellten sich hohe Fieberbewegungen ein, Schüttelfröste, welche aber bald nachliessen. Ein Chininexanthem trat in zweierlei Form auf: als diffuse Röthungen oder als bräunlichere runde Plaques, die eine gewisse Aehnlichkeit mit *L. erythematodes* hatten. Eine Dame bekam bereits nach 0,06 Chinin schwere Intoxicationserscheinungen: Absterben der Hände, Blasenbildung im Munde, blaurothe Flecke in der Vola manus u. s. w. Es gelang aber trotzdem,

auch solche Pat. an grosse Dosen Chinin zu gewöhnen, wenngleich bei jedesmaligem Beginn der Chinincur derselbe Zustand erfolgte. In keinem Falle blieb eine dauernde Schädigung zurück, im Gegentheil: die Pat. sagten alle spontan aus, dass sie sich nach beendeter Cur frisch und wohl fühlten. Die Wirkung des Chinins war eine verschiedene. Bei manchen machte sich keine locale Reaction bemerkbar, bei anderen wirkte das Chinin auch ohne Jodtinctur wie Tuberculin. Die kranken Stellen, manchmal auch die schon lange abgeheilten, schwellen und rötheten sich ganz circumscrip. Ein Zeichen für Heilung war nun, wenn sich die Kruste, die sich aus Jod, Epidermisschuppen, Schweiss und Talgbestandtheilen zusammensetzte, abhob und sehr leicht ablösen liess. Entfernte man sie, so konnte man an ihrer Unterfläche parallelstehende, manchmal 6—8 mm lange Ausgüsse der Schweiss- und Talgdrüsengänge constatiren. Manchmal trat diese Ausheilung bald ein, manchmal musste eine Reihe von Einzelcuren für dieselbe Stelle angewandt werden. Solange die Stelle noch juckte, war Heilung nicht eingetreten. Der Ausgang nach der Behandlung ist entweder narbenähnliche Atrophie oder, bei jüngeren Stellen, Restitutio ad integrum. Sei es nun, dass es sich bei dem Leiden um eine Invasion von Erregern in die Hautdrüsen, sei es, dass es sich um Anomalieen der secretorischen Thätigkeit dieser oder auch toxischer Ausscheidungen handele: eine Thatsache bleibt es, dass die nachgewiesene Ausscheidung des Chinins durch die Schweissdrüsen ihre heilende Wirkung ausübt, vielleicht durch Tödtung der Erreger, vielleicht durch Regulirung der Secretion. Ueber die Wirksamkeit des Jod kann man auch an eine zwifache Erklärung denken: entweder wird durch die der Jodirung und folgende locale Congestion das Chinin in gesteigerter Menge der Stelle zugeführt, oder es dringt die alkoholische Jodlösung in die Gänge ein und verstopft in Verbindung mit den Epithelien und Secreten dieselben, sodass eine concentrirtere Chininlösung in ihnen sich wirksamer entfalten kann. Vielleicht auch wirken beide Momente zusammen. Jedenfalls erschienen nicht jodirte Stellen noch unbeeinflusst, als andere combinirt behandelte Stellen schon abgeheilt waren, und probeweise Combinirung des Chinins mit

anderen reizenden Substanzen ergab ebenfalls ungünstige Resultate.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 30.)

Magen- und Darmkatarrhe. Tannigen ordinarie Dr. H. Schandelbauer (Wien) bei einer Anzahl Darmkatarrhen von Erwachsenen und Kindern bis herab zu 4 Monaten, stets mit sehr zufriedenstellendem Erfolge. Meist wichen die Krankheitserscheinungen schon am 3.—5. Tage, nur bei einigen sehr schweren Fällen musste Tannigen bis zu 10 Tagen lang gereicht werden. Autor gab es gewöhnlich zunächst zu 3 mal tägl. 0,5 (Kindern 0,1—0,3), bald brauchten diese Dosen nur noch 2 und 1 mal am Tage ordinirt zu werden. Stets blieb die Magenschleimhaut intact, der Appetit litt nicht im Geringsten.

(Wiener med. Presse 1902 No. 27.)

— **Bismutose** hat Dr. W. Lissauer (Kinderasyl der Stadt Berlin) in ca. 30 Fällen von Darmkatarrhen auf dyspeptischer Basis angewandt und war mit den Erfolgen recht zufrieden. Das Mittel nimmt sich ja etwas schwer ein, da mindestens 4 mal tägl. 1 g, manchmal bis 2 g alle 2 Stunden genommen werden müssen, aber dafür ist es unschädlich und macht nie unangenehme Nebenerscheinungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 33.)

Psoriasis. Einen Fall von traumatischer *P. vulgaris* veröffentlicht Dr. Orlipiski (Halberstadt), einen Fall, der auch als Stütze für die parasitäre Natur der *P.* gelten kann. Eine junge Dame, vorher nie krank, verletzt sich durch Sturz auf der Treppe leicht am rechten Knie. Sie schenkte der Hautabschürfung keine Beachtung. Erst als diese gänzlich verheilt war, 4 Wochen nach dem Unfall, zeigten sich an der Stelle der Verletzung nicht schmerzhaft, auch nicht juckende, kleine rothe Hervorragungen mit trockenem Schuppenbelag. Sie verbreiteten sich vom Knie auf- und abwärts. Nach einiger Zeit die gleichen Veränderungen am linken Knie, und zwar an einer correspondirenden Stelle an der Innenseite. Unter dem rechten Knie trockene, weisse, silberglänzende Schuppenefflorescenzen auf etwas

gerötheten und erhabenen Hautstellen; in der Nähe der Verletzung, von der nichts mehr zu sehen ist, sind letztere grösser als am Rande, wo sie mehr punktförmig sind. Aehnlich am linken Knie. Löst man die Schuppen von der Unterfläche ab, so zeigt sich eine leicht blutende Basis. Ganz offenbare *P. vulgaris*, in Anbetracht der Anamnese zweifellos traumatischen Ursprungs. Wie aber hat das Trauma eingewirkt? Zwei Möglichkeiten liegen vor. Entweder war es der Reiz des Traumas an sich; bekanntlich kann man bei Psoriatikern an noch freien Hautstellen durch Reizung neue Efflorescenzen hervorrufen. Aber obige Pat. hat früher nie *P.* gehabt, Verletzungen hat sie aber häufig erlitten ohne diese Folge. Beweiskräftiger erscheint die zweite Möglichkeit, dass das Trauma dem — allerdings noch hypothetischen — Psoriasiskeim zum Eintritt in den Körper den Weg gebahnt hat, die verletzte Stelle als Eingangspforte gedient hat. Die *P.* aber an der correspondirenden Stelle des anderen Beines muss wohl einer Contact-Infektion zugeschrieben werden.

(Die medic. Woche 1902 No. 29.)

- Die **Modification der subcutanen Arseniktherapie** nach Ziemssen empfiehlt Privatdoc. Dr. Jesionek (k. dermatolog. Klinik München). Als erster hat Köbner die subcutane resp. intramusculäre Application von Arsen eingeführt, doch verwandte er eine einfache Salzlösung von Natr. arsen. in Wasser. Von Ziemssen wurde folgende Vorschrift gegeben: „1 g Acid. arsenic. (am besten von der glasigen Form) wird mit 5 ccm Normalnatronlauge in einem Reagensrohr gekocht, bis vollständige Lösung erfolgt; hierauf wird die Flüssigkeit in einen Messkolben gespült, auf 100 g verdünnt und filtrirt. Zum Gebrauche füllt man den Liquor in kleine Gläschen von 2 ccm, welche, mit Wattepfropfen versehen, im Dampfstrom sterilisirt werden.“ Die chemischen Eigenschaften dieser Lösung sind wesentlich andere, als die der Köbner'schen, vor der sie sich besonders dadurch auszeichnet, dass sie fast gar keine locale Reizwirkung hervorbringt. Das macht in erster Linie die geringe Alkalescentz, sodann die Sterilität der ins Gewebe gebrachten Flüssigkeit, da letztere erst nach ihrer Abfüllung in die kleinen, 2 ccm haltenden Gläschen

sterilisirt wird. Die Sterilisation der ganzen Menge in toto ist gegenstandslos; nach der Entnahme der ersten Dosis ist der Rest nicht mehr steril, die Zersetzung desselben erfolgt ungemein rasch, ebenso die Ansiedelung von Pilzen. Die Application der Ziemssen'schen Lösung ergab auch ausgezeichnete Resultate. Die Injectionen werden intramusculär in die Mm. glutei gemacht, die Cur mit 0,5 ccm begonnen, sehr bald aber wird zu einer ganzen Spritze übergegangen (= 0,01 Natr. arsen.), die während der ganzen Behandlung gewöhnlich nur alle 2 Tage injicirt wird. Wieviel im Ganzen injicirt wird, hängt natürlich von der Natur des Leidens ab. Bei *Lichen ruber*, *Dermatitis herpetiformis*, denjenigen Affectionen, die die energische As-Medication erheischen, genügten meist 25—30 ccm der Lösung, eine geringe Menge Arsen, wenn man an die gewaltigen Massen denkt, die sonst in Pillen einverleibt werden. Allerdings haben Untersuchungen der Faeces solcher mit asiatischen Pillen gefütterter Pat. den Autor belehrt, dass die Pillen häufig genug vollkommen unverdaut den Darm wieder verlassen. Wo es sich darum handelt, rasch eine kräftige As-Wirkung zu erzielen, bewähren sich die Injectionen ausserordentlich. Toxische Nebenerscheinungen kamen bei den mehr als 1000 bisher verabreichten Injectionen so gut wie nie vor, insbesondere nicht Störungen seitens des Magendarmcanals oder Nervensystems. Es giebt nach des Autors Dafürhalten im ganzen dermatologischen Arzneischatz nicht ein Mittel, das allgemein so gut vertragen wurde, als diese Arseniklösung. Bei manchen Fällen von Lichen, Psoriasis, Dermatitis herpetiformis, chron. Ekzem kamen an Stelle der ursprünglichen Krankheitsherde bräunliche Verfärbungen vor, auch circumscripte Bläschengruppen bildeten sich wohl im Laufe der Therapie, solche kleine Nebenerscheinungen aber beeinträchtigen nicht den hohen Werth der Ziemssen'schen As-Medication, die Autor jetzt in allen Fällen benützt, wo Arsen indicirt erscheint.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 30.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Bossi's Dilatorium zur schnellen Erweiterung des Muttermundes, namentlich bei Eklampsie kann G. Leopold (vgl. Frauenklinik Dresden) nur warm empfehlen. Nach-

dem derselbe im April 1901 auf Bossi's Klinik in Genua zum ersten Male die sehr schnelle Erweiterung des Muttermundes bis zur Vollständigkeit mittelst dieses Instrumentes hatte ausführen sehen, wandte er letzteres in 14 Fällen, speciell bei Eklamptischen selbst an, mit denselben vorzüglichen Erfolgen, worüber er (über die ersten zwölf Fälle) dann, mit Hinzufügung einer Abbildung des von Marelli (Mailand, Via Paletta) angefertigten Instrumentes, berichtete.*) Bei jenen zwölf Fällen handelte es sich 7mal um Eklampsie, 2mal um Frauen mit hochgradig verengten Becken und je 1mal um eine hochgradig Phthisische, um eine Schwangere mit heftigen Krämpfen der Gebärmutter und um eine Gebärende mit hohem Fieber. Bei allen diesen zwölf Frauen, welche baldigst entbunden werden mussten, liess sich der noch geschlossene resp. 1 markstückweite Muttermund mit Hilfe jenes Instrumentes, dem 4armigen Dilatatorium, innerhalb 20—30 Minuten bis zur Vollständigkeit ohne Zerreibungen und ohne etwaige Zuhilfenahme von Einschnitten in die Muttermundsränder so erweitern, dass die Entbindung, namentlich durch die Zange, sofort angeschlossen werden konnte. Alle Mütter, namentlich die sieben eklamptischen, sowie vier Kinder konnten gesund entlassen werden, acht Kinder (6—8 Monat) kamen todt zur Welt. Seit jener Mittheilung nun kamen noch fünf Eklampsieen in die Klinik, bei denen sich das Verfahren ebenso vorzüglich bewährte. Stets liess sich ohne sonstige Verletzungen der noch enge Muttermund, durchschnittlich innerhalb 20 Minuten, so weit eröffnen, dass das Kind mit der Zange entwickelt werden konnte. In einem Falle (Eklampsie und Placenta praevia) wurde das Kind auf einen Fuss gewendet und die Geburt den Wehen überlassen. Auch diese fünf Mütter konnten gesund entlassen werden. Aus diesen 17 Fällen geht übereinstimmend hervor, dass

1. Das Instrument in allen Fällen den zum Theil noch geschlossenen Muttermund innerhalb 20—30 Minuten so weit eröffnete, dass der Kopf mit der Zange gefasst, resp. dass das Kind gewendet und entwickelt werden konnte; dass

*) Archiv f. Gynaekologie Bd. 66 Heft 1.

2. in keinem Falle eine nennenswerthe Zerreißung des Muttermundes eintrat, vorausgesetzt, dass das Instrument langsam mit Ruhe und Geduld angewendet wurde; dass

3. fast in allen Fällen unter dem Gebrauch des Instrumentes sehr bald Wehen eintraten, welche sich dann gleichmässig und zunehmend bis in die Nachgeburtsperiode fortsetzten.

Von welcher Bedeutung das Verfahren für die Behandlung der Eklampsie ist, ergab sich aus den glänzenden Resultaten Bossi's, ferner aus Autors eigenen zwölf Fällen. Sämmtliche Mütter (zehn Erst- und zwei Mehrgebärende) konnten gesund entlassen werden. Anfälle waren 1—13 und wohl noch mehr vor der operativen Entbindung beobachtet worden. Der Muttermund war theils 1 pfennig-, theils 1—3—5 markstückgross. Sieben Eklamptische wurden nach Erweiterung mit Zange entbunden, ihre sieben Kinder kamen lebend zur Welt. Bei vier Eklamptischen machten sich vier Perforationen nothwendig; alle vier Kinder waren vor resp. bei der Entbindung abgestorben. Bei einem Falle wurde nach genügender Erweiterung das kleine Kind zur Stillung der Blutung (*Placenta praevia*) auf den Fuss gewendet. Erwägt man, welcher Zeitgewinn bei dem Bossi'schen Verfahren erreicht wird, und wie bei den meisten der Entbundenen die Anfälle nach der Entbindung sofort aufhörten oder erheblich schwächer wurden, sodass sämmtliche, zum Theil sehr schwer erkrankte Frauen zur Genesung gelangten, berücksichtigt man ferner, dass Einschnitte sich nicht nöthig machten, ebensowenig Tamponaden, Nähte etc., so ergiebt sich der Werth des Verfahrens von selbst, und es erscheint die Annahme gerechtfertigt, dass Eklampsie als Anzeige zur *Sectio caesarea* fernerhin wohl nur für ganz seltene Fälle gelten wird.

(Centralblatt für Gynaekologie 1902 No. 19.)

- Ueber **Therapie der *Placenta praevia totalis*** hielt W. Ponfick (Breslau) folgenden Vortrag: „Ich wollte mir erlauben, Ihnen heute ein paar Präparate von *Placenta praevia totalis* zu zeigen, die für die Therapie ganz besonderes Interesse bieten. Bekanntlich ist unsere Methode der Behandlung der *Placenta praevia* die *Hystereuryse*

Wir streben mit dieser Methode an, nicht nur das mütterliche, sondern ebenso gut das kindliche Leben zu retten und haben dabei jetzt schon ganz aussergewöhnliche Erfolge. Mir hat der berühmte gewordene Hofmeister'sche Ausspruch: „Man muss den Muth haben, ein Kind absterben zu lassen“, der speciell für Placenta praev. gilt, nie sonderlich imponiren können. Ich finde, es gehört viel mehr Muth dazu, trotz der schwierigen und für die Mutter gefährlichen Lage auch das kindliche Leben zu berücksichtigen. Und das gelingt uns in hervorragender Weise durch Hystereuryse, sodass wir ungefähr 60% Kinder bei Plac. praev. erhalten, falls wir das Kind noch lebensfrisch antreffen. Die schwierigsten Fälle sind selbstverständlich solche von Plac. praev. total., wo man gezwungen ist, die Placenta entweder zu durchbohren oder weithin abzulösen. Wir bevorzugen das erstere, indem wir bei Plac. praev. total. stets die Placenta perforiren, den Hystereurynter durch die mit der Kornzange oder einem ähnlichen stumpfen Instrument gemachte Oeffnung durchführen, den Hystereurynter mit ca. 500 ccm steriler Flüssigkeit auffüllen und als blutstillendes und zugleich wehen-erregendes Mittel wirken lassen. Es ist auffallend, wie selten wir beim Durchstossen der Placenta Verletzungen von Gefässen, wie a priori anzunehmen ist, beobachten. Es gelingt uns fast regelmässig, selbst bei dem oft nöthigen brüskten Vorgehen bei der Durchbohrung, grössere Gefässe zu vermeiden. Die Placenta reisst ein weithin, die Gefässe leisten Widerstand, wie ein festes Gerüst. Es liegt offenbar in dem Bau der Placenta, dass sie den Einwirkungen harter, stumpfer Instrumente, wie wir sie zur Perforation benützen, mit ihren Gefässen auszuweichen versteht, und es darf hier wohl an die ähnlichen Erfahrungen in der Leberchirurgie erinnert werden. Hier an diesen beiden Placenten sehen Sie grosse Gefässe dicht am Rande der perforirten und weitergerissenen Placentarstelle, welche die eine Seite des Risses begrenzen, dem Riss gleichsam den Weg vorschreiben, den er zu nehmen hat. Es ist also den placentaren Gefässen eine ganz bedeutende Widerstandskraft beizumessen, und wir haben deshalb keinen Grund, uns vor diesen Gefässen bei der stumpfen Perforation der Placenta zu fürchten. Das Einzige, was wir im

Interesse des Kindes zu fürchten haben, ist die Nabelschnur, die gerade bei Plac. praev. so häufig tief, auf dem vorliegenden Lappen oder in dessen nächster Umgebung inserirt. In solchen Fällen die Nabelschnur zu vermeiden, ist noch keiner Methode gelungen, und man kann ruhig sagen, das kindliche Leben ist verloren in jedem Fall und bei jeder Therapie, wenn die Nabelschnur auf dem vorliegenden Lappen oder in dessen nächster Umgebung liegt. Man kann hier nicht anders, als von Unglücksfällen reden. Wir kennen den Nabelschnuransatz an die Placenta nicht; wir sind darauf angewiesen, durch die Placenta zu gehen auf gut Glück, dass wir die Nabelschnur nicht treffen resp. nachher durch die Lagerung des Hystereurynter nicht comprimiren. Weiter noch ein paar Worte zur Technik, ehe wir zur kurzen Besprechung der Fälle übergehen. Wir haben es uns zur Regel gemacht, unmittelbar nach jeder Hystereuryse, ja schon während derselben, d. h. nach Einspritzen von 1—200 ccm, das kindliche Leben, resp. die Reaction des Kindes auf die Einführung des Hystereurynter genau zu controlieren, da der Hystereurynter immerhin eine Raumbeschränkung, unter Umständen sogar eine directe Schädigung darstellt durch Druck auf die Nabelschnur. Und wir haben es als einen ganz besonderen Vorthail der Methode angesehen, dass wir es ganz in der Hand haben, die Füllung der Gummiblase zu reguliren, je nach dem Zustande des Kindes. Sowie also während der Aufspritzung des Hystereurynters eine Veränderung in der Qualität und Frequenz der Herztöne beobachtet wird, wird sofort inne gehalten, und falls dies keine Besserung herbeiführt, eine bestimmte Menge Wasser in ein graduirtes Gefäss abgelassen; auf diese Art bleibt man stets über den Inhalt der Gummiblase unterrichtet. Man wird hiernach in den meisten Fällen die Beobachtung machen, dass die Herztöne sich wieder erholen, sodass man von Neuem beginnen kann aufzufüllen. Meist wird es sich, wie erwähnt, um Druck auf die Nabelschnur handeln; bei vorsichtigem, sehr langsamen Anfüllen des Hystereurynters wird man dann stets zum Ziel kommen. Es sei mir gestattet, Ihnen kurz über zwei Fälle von Plac. praev. total. zu berichten, die richtige Unglücksfälle darstellen, und von denen ich Ihnen hier die Placenten

als Beweis hierfür zeige. Im ersten Falle wurde ich zu einer stark ausgebluteten Frau gerufen, II. Schädel-lage, Muttermund 5 markstückgross, ganz von Placenta bedeckt, nirgends freie Eihäute zu erreichen, andauernde Blutung, die nach der Untersuchung stärker wird, Herztöne gut. Alsbald Perforation der Placenta, Durchführen des Hystereurynters, Auffüllen desselben. Jetzt bedeutende Verlangsamung der Herztöne, deshalb sofort Ablassen von Wasser, Herztöne bessern sich, aber die Blutung beginnt wieder dermaassen, dass von Neuem Wasser zugespritzt werden muss. Wieder wird Verlangsamung und Unregelmässigkeit der Herztöne beobachtet, jetzt aber mit vollem Bewusstsein das kindliche Leben unberücksichtigt gelassen. Es lag eine *Indicatio vitalis* bei der Mutter vor. Hier musste ich also den Muth haben, das Kind absterben zu lassen! Sie sehen hier die Placenta und werden allerdings nach diesem Befund kein lebendes Kind mehr erwarten. Sie ist bis in die Mitte gespalten, bis dicht an die hier fast central inserirte Nabelschnur. Der Hystereurynter war offenbar auf den Nabelschnuransatz zu liegen gekommen, die Placenta dicht daneben durchbohrt worden. Beim zweiten Fall handelt es sich um eine *Ipara* mit *Plac. praev. total.*, guten Herztönen. Die Placenta wird durchbohrt, der Hystereurynter eingeführt, aufgespritzt und alsbald nach den Herztönen gehört in der üblichen uns zur Regel gewordenen Weise. Sie waren nirgends zu hören, auch sofortiges Ablassen des Wassers hatte nicht den geringsten Effect; sie kehrten nicht wieder. Es musste hier ein besonderer Unglücksfall passirt sein. Sie sehen hier die Placenta, an der die topographischen Verhältnisse selten schön erhalten sind. Es handelt sich um eine *Plac. succenturiata*, sowie um velamentöse Insertion der Nabelschnur. Gerade an der Stelle, wo die Nabelschnur in den freien Eihäuten verläuft, ganz dicht an ihrer Insertionsstelle, ist sie quer abgetrennt, wie durchgeschnitten. Hierin liegt die Erklärung für den plötzlichen schnellen Tod des Kindes, der von uns diagnosticirt, aber weder erklärt noch verhindert werden konnte. Also beides typische Beispiele für richtige Unglücksfälle, die bis jetzt leider weder vorhergesehen, noch verhütet werden können. Und diese durch die ungünstige Topographie, insonderheit den Sitz der Nabel-

schnur über dem Muttermund bedingten Misserfolge werden stets noch ein gewisses, nicht unerhebliches Sterblichkeitsprocent der Kinder zu Stande bringen. Wir hoffen von unserer Methode, dass sich unsere Kindersterblichkeit schliesslich nur noch aus solchen, oben beschriebenen „Unglücksfällen“ recrutirt, resp. aus sonstigen Zufällen, wie sie bei jeder geburtshülflichen Operation vorkommen, und die der Methode nicht zur Last gelegt werden können.“

(Medic. Section der Schles. Gesellschaft f. vaterländ. Cultur 11. VII. 1902. — Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 62.)

- Ueber die **Behandlung der Placentar- und Eihautretention** lässt sich Prof. Hofmeier (Würzburg) aus. Unter *Placentarretention* versteht er diejenigen Zustände, wo unter Umständen selbst nach stundenlangem Warten die Placenta noch nicht spontan aus dem Uterus ausgestossen ist, oder wo nach kürzerer Zeit man durch Blutung genöthigt sein könnte, den Versuch zu machen, die Placenta herauszudrücken, dies aber durch den gewöhnlichen Credé'schen Handgriff nicht gelingt. Bei letzteren Fällen, die viel häufiger und praktisch bedeutungsvoller sind, ist bei der Gefährlichkeit der manuellen Placentarlösung zunächst der Frage näher zu treten: wie lange dürfen und können wir warten, bevor wir zu einem derartigen Eingriff berechtigt sind, damit wir uns nicht einestheils dem Vorwurf aussetzen, durch zu langes Warten die Entbundene in eine hohe Lebensgefahr gebracht zu haben, andererseits durch einen noch nicht nothwendigen Eingriff sie gleichfalls der hohen Gefahr einer puerperalen Infection ausgesetzt zu haben. Sind wir von dem Augenblick der Geburt an anwesend gewesen, so rath Autor dringend, sich über die abgegangene Blutmenge dadurch zu vergewissern, dass man von Anfang an eine saubere Schüssel so unter die äusseren Geschlechtstheile bringt, dass die Blutmenge aufgefangen wird, und dass man mit der manuellen Lösung nicht mehr zögern soll, falls die Blutmenge 1000—1500 g erreicht hat, ein Verlust, der schon eine schwere Gesundheitsstörung bedeutet, deren directe und indirecte Folgen man nicht unterschätzen sollte. Anders liegt die Sache, wenn man erst dazu gerufen wird wegen der Blutung in der Nach-

geburtsperiode, weil man hier so gut wie niemals Gelegenheit haben wird, die abgegangene Blutmenge genau zu schätzen. Hier bleibt nichts übrig, als sich nach dem Allgemeinzustand und nach dem, was man von Blut sieht, zu richten; hier den richtigen Moment nicht zu verpassen, muss natürlich der objectiven Beurtheilung des Einzelnen unter wesentlicher Berücksichtigung des Gesamtzustandes der Entbundenen überlassen bleiben. Wie soll man sich aber verhalten in Fällen, wo, ohne dass Blutungen zum Einschreiten nöthigen, die Placenta auch nach mehreren Stunden noch nicht gelöst, resp. durch leichte Expression nicht herauszubekommen ist? Man soll nach etwa 3—4stündigem Warten zur Entfernung der Placenta schreiten, weil ein längeres Zuwarten dann zwecklos und eine Aenderung der Situation kaum mehr zu erwarten ist. Dass man zur manuellen Entfernung nur dann schreiten soll, wenn man den Credé'schen Handgriff energisch, nöthigenfalls in Narkose vergeblich versucht hat, bedarf kaum der Erwähnung. Bei *Eihautretention*, d. h. den Fällen, wo grössere Stücke oder das ganze Chorion abgerissen und mit den gewöhnlichen einfachen Mitteln nicht zu entwickeln sind, handelt es sich nicht um augenblickliche Gefahren, sondern die Bedeutung dieses Ereignisses liegt darin, dass die Membranen durch Fäulniss zu infectiösen Zuständen führen könnten. Diese Gefahr ist allerdings keine grosse. Freilich wenn die Membranen sich lösen und nun zum Theil in die Scheide herunterhängen, so können sie sich zersetzen, und das Auftreten übelriechender Lochien ist hier erheblich häufiger zu beobachten, wie sonst; aber nennenswerthe puerperale Erkrankungen hat Autor selbst bei Retention des ganzen Chorion nie folgen sehen. Die Ablösung der Eihäute dauert ja manchmal recht lange, erfolgt erst am 6.—8.—10. Tage, auch später, aber das sind doch nur kleine Störungen, die nicht zu manuellen Entfernungen berechtigen; Ordination von Secale und desinficirende Scheidenauspülungen genügen vollkommen. Dass Autor die Gefahren der Eihautretention nicht kennen lernt, schreibt er dem Umstande zu, dass er prophylaktisch vor jeder Geburt die Scheide mit Sublimat ($\frac{1}{2} \text{‰}$) desinficiren lässt.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1902 No. 15.)

Tabes. Zur Symptomatalogie der beginnenden T. unter specieller Berücksichtigung der Augensymptome betitelt sich ein Vortrag von Privatdoc. Dr. L. Mann (Breslau). Derselbe untersuchte in der Kgl. Augenlinik (Uhthoff) die Fälle von T., wobei zunächst festgestellt wurde, dass die Zahl dieser Fälle der Augenlinik eine überraschend grosse war; 165 *sichere* Fälle von T. in den letzten Jahren (daneben noch sehr viele wahrscheinlich T.) zeigten, welche eminente Rolle die Augensymptome in der Symptomatalogie der T. spielen. Wichtiger aber ist die Thatsache, dass die Augensymptome dasjenige Moment darstellen, welches im Frühstadium am allerzeitigsten und sichersten die Diagnose auf T. zu stellen ermöglicht. Es sind im Wesentlichen drei Symptome, um die es sich hier handelt:

1. Die reflectorische Pupillenstarre.
2. Die Lähmung der äusseren Augenmuskeln.
3. Die Opticusatrophie.

Die *reflectorische Pupillenstarre* ist ein äusserst wichtiges Symptom, obwohl es zweifellos Fälle von T. giebt, in denen die Lichtreaction dauernd erhalten bleibt (20—40%). Ein absolut constantes Symptom der T. ist also die Pupillenstarre nicht, wie es überhaupt wirklich constante Symptome bei der T. nicht giebt. Auch das Westphal'sche Symptom ist ein solches nicht; unter den 165 Fällen von T. fanden sich 40 mal (=24,2%) erhaltene Patellarreflexe (bei zehn davon sogar gesteigerte!). Dagegen war die Pupillenreaction nur 1 mal normal, 19 mal träge, in den übrigen Fällen fehlte sie vollkommen. Es ist also bei der T. die Pupillenstarre ein ausserordentlich viel constanteres Symptom, als das Fehlen der Patellarreflexe. Dies ergab nicht nur die Statistik bei den Fällen in der Augenlinik, sondern auch in Autors Privatpraxis, wo unter 48 Fällen von T. die Patellarreflexe in 23,3% der Fälle erhalten geblieben waren, während die Pupillenreaction in 20,9% vorhanden war. Was aber der Pupillenstarre eine besondere Wichtigkeit für die Diagnose der T. verschafft, ist nicht so sehr die Häufigkeit ihres Vorkommens, wie vielmehr der Umstand, dass sie ein wirkliches Frühsymptom darstellt und sehr oft zu einer Zeit auftritt,

wo noch alle anderen sicheren Zeichen fehlen oder nur andeutungsweise vorhanden sind. Unter den 165 Fällen, wo nur 1 mal die Pupillenstarre fehlte, fanden sich nur 35 Fälle mit ataktischen Störungen, also nur 21,2%; es standen also 78,8% der Fälle im praecataktischen oder Frühstadium der T. Auch bei den 21,2% war die Ataxie meist sehr gering, der grösste Theil war also eben erst ins ataktische Stadium eingetreten. Darin liegt also die grosse Bedeutung der reflectorischen Pupillenstarre, dass sie ausserordentlich früh hervortritt, zu einer Zeit, wo uns die anderen Symptome bei der Diagnose noch im Stich lassen. Autor sah in der Augenklinik sehr häufig Fälle, in denen ganz zufällig, etwa bei Gelegenheit einer Brillenbestimmung, die Pupillenstarre entdeckt wurde, während der Pat. über keinerlei Beschwerden klagte, sich ganz gesund fühlte; die genauere Untersuchung und weitere Beobachtung deckten dann die T. incipiens auf. Aus der Pupillenstarre allein ist man freilich nicht berechtigt, T. zu diagnosticiren. Es giebt entschieden eine, wenn auch relativ kleine Anzahl von Fällen, in welchen der Pupillenstarre ein anderes Leiden zu Grunde liegt. Uhthoff stellte vor 15 Jahren eine Statistik auf, bei der unter 136 Fällen von Pupillenstarre 92 mal (=67,6%) T. vorlag, in 8,8% progressive Paralyse, also ein der T. analoger Process, dann 8,1% Syphilis mit und ohne cerebrale Symptome. Es bleibt also ein kleiner Theil von Fällen übrig, in denen ein anderes Leiden vorliegt; es können das auch multiple Sklerose, Tumoren, Blutungen etc. sein, oft auch alkoholische Polyneuritis. Aus Feststellung der Pupillenstarre allein also ergiebt sich nicht die Diagnose T., aber wohl kann man sagen, dass die Thatsache, dass in einem concreten Falle Pupillenstarre vorliegt, ohne Berücksichtigung aller weiteren Symptome die T. sich mit einer Wahrscheinlichkeit von etwa $\frac{3}{4}$ diagnosticiren lässt. Was muss nun noch hinzukommen, um diese Wahrscheinlichkeit zur Sicherheit zu machen? Zunächst z. B. die anamnestiche Feststellung einer luetischen Infection; wenn diese in einem Falle von reflectorischer Pupillenstarre vorliegt, so wächst die Wahrscheinlichkeit der Tabesdiagnose ganz bedeutend. Unter Autors Privatfällen von T. waren mindestens 95% sicher luetisch. Solchen Zahlen gegenüber noch den

Zusammenhang zwischen T. und Lues leugnen zu wollen, scheint wohl nicht angängig, und wir können darum sagen, dass bei nachgewiesener reflectorischer Pupillenstarre das Hinzukommen der positiven Luesanamnese die Dreiviertel-Wahrscheinlichkeit für T. noch wesentlich erhöht, aber die Diagnose nicht absolut sicher stellt, indem ja die Lues in seltenen Fällen auch eine cerebrale Herderkrankung setzen kann, die zur reflectorischen Pupillenstarre führt, oder bei einem alten Luetiker ganz unabhängig von seiner früheren Infection sich eine andere Erkrankung, z. B. ein Tumor, eine Polyneuritis sich entwickeln kann, die von Pupillenstarre begleitet sind. Zur sicheren Diagnose gehört noch mindestens eines der eindeutigen objectiven Tabes-symptome. Davon soll später die Rede sein. Neben der Lichtstarre der Pupillen kann gelegentlich auch eine Aufhebung der Convergenzverengerung bestehen, ein relativ seltenes Factum (Autor fand es nur 1 mal). Etwas häufiger ist die Ophthalmoplegia interna, also die gleichzeitige Lähmung der Pupille und des Accommodationsmuskels (19 mal = 14.9%); sie ist aber relativ seltener, als bei anderen Affectionen des Centralnervensystems. Wenn wir diesen Befund constatiren, ist die Möglichkeit einer T. zwar gegeben, aber die Wahrscheinlichkeit ist viel geringer, und weit öfter handelt es sich um Lues cerebri, Vergiftung mit Ptomainen u. s. w. Anisokorie, Ungleichheit der Pupillen, fand Autor in 20% der Fälle, aber diagnostisch können wir dies Symptom nicht verwerthen, da man es sogar unter physiologischen Verhältnissen findet. Myosis ist ein durchaus inconstantes Symptom; manchmal ist sie ausgesprochen, in anderen Fällen findet man Erweiterung oder normale Grösse oder verschiedenes Verhalten beider Augen.

(Medic.-Section der Gesellschaft f. vaterl. Cultur, 20. Juni 1902. —

(Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 54—57.)

(Fortsetzung folgt.)

Tetanus. Mittheilungen über einen Tetanusfall nach Gelatineinjectionen macht Dr. L. Zupnik. Ein 42jähr. Dachdecker, der nach einem Sturz vom Gerüst eine Wirbelfraktur und Querschnittscompression des oberen Lumbalmarkes mit consecutiven Lähmungen erlitten, bekam dann auch eine purulente Cystitis mit Blutungen.

Als Haemostaticum wurde eine aus der Apotheke bezogene 2%ige Gelatinelösung in die Blase injicirt. Am 13. Tage nach dieser Injection die ersten Tetanus-symptome. Trotzdem in den ersten 24 Stunden nach Auftreten derselben mehr als 1000 I.-E., d. h. etwa die vierfache Heildosis Serum subcutan injicirt wurde, trat doch einige Stunden später der Tod ein. Schon in vivo wurden im Harn Tetanusbacillen nachgewiesen. In dem bei der Obduction entnommenen eitrigen Belage der Harnblase wurden solche ebenfalls gefunden, nicht aber in Gewebsstücken eines Decubitus, der zur Zeit des Tetanusausbruches bereits gereinigt war. Es ist daher sicher anzunehmen, dass die Tetanusbacillen mit der Gelatine in die Blase gelangten, die somit zum Infectionsort wurde. Es wäre das der sechste durch Gelatine bedingte Fall von T., und da in allen diesen die Gelatine vom Apotheker bezogen wurde, müsste unbedingt für die Apotheken die Sterilisation der Gelatine, von der sie einige Kölbchen immer parat halten müssten, gesetzlich normirt werden.

(Verein Deutscher Aerzte in Prag 17. I. 1902. —
Prager mod. Wochenschrift 1902 No. 14.)

- Die Gefahren der subcutanen Gelatineinjectionen sind in der letzten Zeit durch fünf Todesfälle unter tetanusartigen Erscheinungen sehr in den Vordergrund getreten; mehrfach ist dabei echter Tetanus constatirt worden. Jetzt berichten Dr. Margoniner und Dr. Hirsch (Jüd. Krankenhaus, Berlin) über zwei neue derartige Todesfälle. Es wurde dabei dort unmittelbar vor der Anwendung die Gelatine frisch bereitet und sterilisirt (von der käuflichen Gelatine wurden 2 g unter leichtem Erwärmen in 100 ccm physiol. Kochsalzlösung gelöst und diese Lösung dann 1 Stunde strömendem Wasserdampf von 100° ausgesetzt). Unsere Sterilisationen scheinen nicht ausreichend zu sein, um alle Keime zu vernichten. Dabei qualificirte sich Gelatine als sehr gutes blutstillendes Mittel, namentlich bei langandauernder Haemoptoe. Es wäre schade, wenn man auf diese Methode verzichten müsste, aber vorläufig müssen erst Mittel und Wege gefunden werden, sie gefahrlos zu gestalten.

(Therap. Monatshefte, Juli 1902.)

- Ueber die Tetanusgefahr bei Gelatineinjectionen lässt sich auch Dr. P. Krause (medic. Klinik in Breslau) aus. Zweifellos sind im Anschlusse an Gelatineinjectionen Fälle von T. vorgekommen, zweifellos enthält, wie auch Autors eigene Untersuchungen ergaben, eine Anzahl der käuflichen Gelatinescheiben Tetanusbacillen. Autor hatte aber auch reichlich Gelegenheit, Gelatineinjectionen zu machen, bei mehreren Aortenaneurysmen, bei mehr als drei Dutzend Fällen von profusen Blutungen (Haemoptoe, Magenblutungen, Darmblutungen bei Typhus und Tuberculose, Nasenblutungen, Zahnfleischblutungen, Blutungen bei Scorbut, Lebercirrhose, Haemophilie u. s. w.). Er hatte dabei stets den Eindruck, dass wir in den Gelatineinjectionen ein für die Pat. bei vorsichtiger Anwendung völlig unschädliches und auch noch bei schweren Blutungen wirksames Mittel haben, dessen weitere Prüfung sich dringend empfiehlt, sobald die Gefahr der Tetanusinfection sich vermeiden liesse. Und diese lässt sich vermeiden. Nach eingehendem Studium der bisher beobachteten Fälle versichert Autor, *diese Infectionen beruhten sämmtlich auf ungenügender Sterilisation der Gelatinelösung. Wie vermag man sich nun aber genügend sterilisirte Lösung herzustellen?* Man muss sich dabei streng nach den Regeln der bakteriologischen Technik bei Herstellung von Nährböden richten. 1—5 g bester Gelatina alba werden in etwa 40° C. warmer, steriler 5%iger Kochsalzlösung vollständig aufgelöst, darauf in den Dampftopf von 100° C. $\frac{1}{2}$ Stunde gebracht (am zweckmässigsten ist es, die Gelatine von Anfang an in einer weithalsigen Flasche mit eingeschliffenem Glasstöpsel aufzubewahren und zu sterilisiren). Die Sterilisation wird an fünf aufeinanderfolgenden Tagen je $\frac{1}{2}$ Stunde wiederholt; es ist darauf zu achten, dass der Dampf stets die Temp. von 100° C. habe, ehe die Gelatine in den Dampftopf gesetzt wird. Wird an Stelle der sauren Gelatine eine alkalische vorgezogen, was vortheilhaft ist, da die schwach alkalisch gemachte Gelatine schneller und schmerzlos resorbirt wird, so empfiehlt sich die Alkalisirung mittelst $\frac{1}{10}$ normal Natronlauge oder Sodalösung vor der ersten Sterilisation vorzunehmen. Wird die Gelatine danach trübe, so kann sie durch wiederholte Filtration oder Klärung mittelst Eiweisslösung (mit kurzem Aufkochen)

und nachfolgender Filtration leicht wasserklar gemacht werden. Nach der letzten Sterilisation wird der Stöpsel der Flasche mit sterilem Pergamentpapier fest verbunden; die Gelatinelösung ist monatelang haltbar, *eine Infection mit Tetanusbacillen, bei deren Injection völlig ausgeschlossen.* Autor schliesst folgendermaassen:

1. Die beobachteten Tetanusinfectionen nach Gelatineinjectionen beruhen auf einer fehlerhaften, nicht genügenden Sterilisation der Gelatine.

2. Durch fractionirte Sterilisation der Gelatinelösung an fünf aufeinanderfolgenden Tagen je $\frac{1}{2}$ Stunde in strömendem Dampfe bei 100° C. wird eine absolut sichere Gelatinelösung gewonnen.

3. Es wäre zu bedauern, wenn durch die bekannt gewordenen Tetanusinfectionen nach Gelatineinjectionen ein schon erprobtes Mittel nicht mehr verwendet würde, dessen weitere praktische und theoretische Prüfung sich dringend empfiehlt.

4. Es wäre wünschenswerth, dass in grösseren Krankenhäusern oder geeigneten Apotheken unter sachverständiger Leitung hergestellte sterile Gelatinelösung den Aerzten jeder Zeit und leicht zugänglich wäre.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 29.)

Ulcus molle. Beiträge zur Kenntniss des Bubo inguinalis und den Werth einiger Bubobehandlungsmethoden veröffentlicht Dr. Axel Cedercræutz (Breslau, Dermatol. Klinik). Die Arbeit ist eine wesentlich statistische und umfasst 371 in den Jahren 1891 bis 1901 beobachtete Fälle, aus denen Autor folgende Schlüsse zieht:

1. In mindestens $\frac{1}{7}$ aller Bubo inguinalis-Fälle kann die venerische Ursache der Affection nicht festgestellt werden.

2. In etwa $\frac{1}{6}$ aller Fälle von nach U. entstandenen Leistenbubonen sind die Drüsenschwellungen bilateral. Sonst vertheilen sich die nach U. entstandenen Bubonen ziemlich gleich auf die beiden Seiten, mit einer geringen Bevorzugung der linken Seite.

3. Die sogen. abortiven Bubobehandlungsmethoden sind zu unterlassen.

4. Soweit wie möglich sind die Bubonen conservativ-expectativ zu behandeln. Sehr empfehlenswerth sind

hierbei: heisse Sandsäcke, Spiritusverbände (mit untergelegter Zinkpaste), essigsaure Thonerdeumschläge und in den allerersten Stadien Eisblasen.

5. Bei eingetretener Eiterung, und besonders in Fällen, wo nur eine einzelne Drüse vereitert ist, ist eine kleine Incision mit nachfolgender Injection (eine oder mehrere) von Argent. nitr. (1—2%) Lösung oder, noch besser in den meisten Fällen, von Jodoformvaseline (10%) zu empfehlen. Etwa $\frac{3}{4}$ oder $\frac{4}{5}$ der so behandelten Bubonen heilen ohne grössere operative Eingriffe. Die durchschnittliche Heilungsdauer dieser Fälle kann auf etwa zwei Wochen geschätzt werden.

6. Als ultimum refugium ist die breite Incision mit Auskratzung und Jodoformgazetamponade oder die Totalexstirpation der Drüsen vorzunehmen. Die durchschnittliche Heilungsdauer der so operirten Bubonen kann auf 4—6 Wochen geschätzt werden.

In der Neisser'schen Klinik, sowie in dessen Privatpraxis wird folgendermaassen therapeutisch vorgegangen: Bei einem beginnenden Bubo nach U. Bettruhe und localantiphlogistische Behandlung (in erster Reihe Druckverbände mit oder ohne Eisblase). Bestehen noch Ulcera mollia oder sonstige Eiterherde an den Genitalien, so werden diese Giftherde von vornherein energisch mit Acid. carbolic. liquef. geätzt. Oft genügen diese Maassnahmen, um den Bubo zum Rückgang zu bringen. Ist dies nicht der Fall, sondern entwickeln sich die Drüsenschwellungen weiter, nehmen die Schmerzen zu, röthet und spannt sich die Haut über dem Bubo, kurz stellt sich heraus, dass eine Resolution des letzteren gar nicht zu hoffen ist, so muss die Einschmelzung befördert werden durch heisse Sandsäcke und Spiritusverbände oder eine Combination von feuchten Verbänden und heissen Sandsäcken. Es stellt sich gewöhnlich sehr rasch Fluctuation ein. Auch jetzt noch ist Abheilung ohne Perforation der Hautdecken möglich, denn es zeigt die Erfahrung, dass sogar sehr ausgiebig fluctuirende Bubonen unter einer fortgesetzten conservativ-expectativen Behandlung noch allmähig, wenn auch meist sehr langsam, zur Resorption gelangen können. Will man aber die Krankheitsdauer abkürzen und den günstigen Erfolg sicherer machen, so ist jetzt zwischen zwei Methoden zu wählen: zwischen Einspritzungen von

Arg. nitr. (Lang) und solchen von Jodoformvaseline. Das Vorgehen bei der Lang'schen Methode ist folgendes: 1. Rasiren und Desinfection. 2. Aethylchloridanaesthesia, event. Bromaethylnarkose. 3. Etwa 3—5 mm langer Einstich mit Spitzbistouri in die fluctuirende Stelle. 4. Ausdrücken des Eiters. 5. Möglichst gute Ausfüllung der Bubohöhle mittelst einer abgeschraubten Guyon'schen Spritze mit Argent. nitr. (1—2⁰/₀ Lösung). 6. Druckverband; feuchter Verband mit essigsaurer Thonerde oder Spiritusverband (der letztere nach Einfetten der Haut mit Zinkpaste). In den ersten Tagen wird täglich oder jeden zweiten Tag Arg. nitr. eingespritzt, später, wenn aus der Bubohöhle nicht mehr dünnflüssiger Eiter, sondern ein dickflüssiges, fadenziehendes Secret austritt, nur alle 3—5 Tage. Wenn nur helles, leicht blutig tingirtes Serum sich exprimiren lässt, ist die Heilung nahe, die Einspritzungen können ausgesetzt werden. Die Technik der Jodoforminjectionen ist folgende: 1. Rasiren und Desinfection. 2. Aethylchloridanaesthesia event. Bromaethylnarkose. 3. Etwa 3 mm bis 1 cm langer Einstich, mit einem doppelschneidenden Messer. 4. Ausdrücken (event. Ausspülen mit Borsäure) des Eiters. 5. Möglichst vollkommenes Ausfüllen der Höhle mittelst einer abgeschraubten Guyon'schen Spritze mit durch Erwärmen flüssig gemachter 10⁰/₀ Jodoformvaseline. Die Entleerung der Spritze muss unter starkem Druck vor sich gehen. Die aufgesetzte Spritze muss die Hautöffnung vollkommen verschliessen, damit das Injectum möglichst in alle Taschen und Winkel hineingepresst werde. Bei der Einspritzung kann zweckmässig eine leichte Massage ausgeübt werden. 6. Einfetten der Haut mit Zinkpaste, darüber Spiritus- (oder essigsaure Thonerde-) Verband, darüber event. noch heisser Sandsack. Die Höllensteinlösung mortificirt die Gewebe, mit denen sie in Berührung kommt. Freilich kann diese Mortification und die daran sich schliessende demarkirende Entzündung und Eiterung überflüssig sein; sie trifft vielleicht gesunde oder schon wieder in Heilung begriffene Schichten, verhindert also die definitive Heilung. Die Jodoforminjectionen haben demgegenüber folgende Vorzüge: Jodoform ist gerade bei U. geradezu specifisch streptokokkentödtendes Mittel und vermeidet doch jede

Mortification der Gewebe; seine Injection ist schmerzlos und ungefährlich. Gewöhnlich ist der Bubo schon am Tage nach der Jodoforminjection ganz flach und schmerzlos; aus der Incisionsöffnung quillt etwas, event. mit Serum gemischte, Jodoformvaseline heraus. Falls die seröse Secretion in den nächsten Tagen noch ziemlich bedeutend ist, kann eine neue Injection stattfinden. Nach wenigen Tagen ist Pat. schon im Stande, das Bett zu verlassen, und es scheint sogar, als ob das frühzeitige Aufstehen dazu beiträgt, durch eine Art Massage die Buboreste zu vertheilen. Die Jodoforminjectionen können sogar poliklinisch gemacht werden; es scheint, als ob sie die wesentliche Bubonenbehandlungsmethode der Zukunft werden sollten. Andererseits aber kann es bei starkem Zerfall der Drüsengewebe und schon weitgreifender Betheiligung des periglandulären Bindegewebes vortheilhaft sein, schnell durch Argent. nitr. eine acute Zerstörung der kranken Parthieen und eine Reinigung der Höhle herbeizuführen, sodass nicht unbedingt für alle Fälle der Jodoformmethode der Vorzug zu geben ist. Bei Bubonen, die gegen solche Behandlung refractär sind oder erst spät zur Behandlung kommen, bleibt nur chirurgisches Eingreifen übrig.

(Die Therapie d. Gegenwart, August 1902).

Vermischtes.

- Dr. Theinhardt's Hygiama hat Dr. Lebbin (Berlin) einem Ausnützungsversuch unterzogen. Zunächst ergab die Untersuchung des Präparates folgende Zusammensetzung:

Wasser	3,80 p. Ct.
Eiweisssubstanzen	21,68 „
Fett	9,10 „
Asche	3,72 „
Alkaloide (Theobromin).	0,106 „
Lösliche Extractivstoffe (Zucker).	48,03 „

Diese Analyse stimmt mit den von anderer Seite gemachten bestens überein, sodass die *Constanz in der Zusammensetzung bei der Fabrikation* gewährleistet erscheint. Auch die Ergebnisse des Ausnützungsver-

suches waren günstige: die Resorbirbarkeit der Eiweissstoffe in unseren Cerealien (Brot, Zwiebäcke) bleibt hinter der von Hygiama zurück, und auch die Resorbirbarkeit des Fettes und der Kohlehydrate ergab recht günstige Ziffern, sodass man Hygiama als *rationell zusammengesetztes, gut verdauliches Nahrungsmittel* bezeichnen kann.

(Allgem. med. Central-Zeitung 1902 No. 60.)

- **Validol als Analepticum** lernte Dr. W. Laqueur (Ems) bei sich selbst schätzen. Eine schwere Infection oder Intoxication, an der er erkrankte, hinterliess monatelang Schwächeanfälle, die bei der geringsten Anstrengung, oft auch ohne besonderen Anlass, auftraten. Bei diesen postinfectiösen Anfällen von Herzschwäche erwies sich nun Validol als vorzügliches Analepticum. Manchmal coupirten, rechtzeitig genommen, schon 3—5 Tropfen den Anfall ganz; Pat. empfand dann sofort subjectiv den belebenden und erfrischenden Einfluss, indem das elende Gefühl, mit dem der Anfall gewöhnlich einsetzte, gehoben wurde, und konnte objectiv die unmittelbar eintretende Wirkung auf die Zunahme der Pulsfrequenz und Steigerung des arteriellen Blutdrucks feststellen. Aber auch bei den Anfällen selbst, auch den schweren, versagte Validol nicht. Es sollte jeder zu Ohnmachts- und Schwächezuständen Neigende das Mittel, speciell die zu 5 Tropfen enthaltenden Chocolate-Pralinées stets bei sich führen!

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 29.)

- **Ueber die Nothwendigkeit einer vorbeugenden Haarpflege bei acuten Infectionskrankheiten** lässt sich Iwan Bloch aus. Unter den Einflüssen, welche den Boden für die Entwicklung einer Seborrhoea capitis vorbereiten, gehören die acuten Infectionskrankheiten; wahrscheinlich beruht der symptomatische Haarausfall hierbei auf einer Wirkung giftiger Substanzen, wobei Fieber und Blutüberfüllung zur Auflockerung der Oberhaut führen. Mit dem Aufhören der Infectionskrankheiten hört auch die Schädigung der Kopfhaut auf, der Haarausfall pflegt zu sistiren, ein Ersatz einzutreten. Die völlige Wiederherstellung ist aber häufig nur eine scheinbare, es bleibt eine Seborrhoe zurück, an die sich, seltener in subacuter,

meist in chronischer Form, eine typische Alopecia pityrodes anschliesst. In vielen derartigen Fällen lässt sich feststellen, dass die ersten Erscheinungen des Haarausfalls kürzere oder längere Zeit nach dem Ablauf einer acuten Infectiouskrankheit aufgetreten sind, wobei in letzterem Falle der Zeitraum zwischen der Krankheit und den ersten vom Pat. bemerkten Erscheinungen des Haarausfalls häufig nur ein scheinbar symptomfreier gewesen ist, indem die ersten Anfänge des Leidens dem Pat. gänzlich entgangen sein können. Eine zweckmässige Behandlung während der Infectiouskrankheiten, Scharlach, Masern, Pocken, Typhus, Kindbettfieber etc. ist also von grösster Bedeutung für die Erhaltung eines kräftigen Haarwuchses. Die zur Auflockerung, Abschuppung und übermässiger Verhornung neigende Kopfhaut muss mindestens 2 mal in der Woche durch eine milde Seifenwaschung gereinigt, danach mit schwachen antiseborrhoischen Salben, 1—2 %iger Schwefel- oder Resorcinsalbe eingefettet werden, was noch mehrere Monate nach Ablauf der Infectiouskrankheit fortzusetzen ist. Würde man allgemein diese Maassregeln anwenden, so würde eine der Hauptquellen des späteren Haarausfalls verstopft werden.

(Die Krankenpflege 1902, Bd. I, Heft 9.)

- **Adrenalin in der urologischen Praxis** empfiehlt Prof. A. v. Frisch, der von der anaemisirenden Wirkung des Adrenalins vielfach mit Vortheil Gebrauch gemacht hat. Für schwer zu entrende, sehr enge *Stricturen* bedarf es nur der Application weniger Tropfen von Adrenalin 1:1000 vor dem Eingange der Stricture, um die Schleimhaut so weit zur Anschwellung zu bringen, dass die Einführung der Sonde nun wesentlich leichter von statten geht. Auch bei schwierigem *Katheterismus bei Prostatahypertrophie* ist eine vorhergehende Instillation von 1—3 ccm Adrenalin 1:1000 in die Pars prostatica von grossem Vortheil. Der Katheterismus gelingt leichter und auch bei sehr blutreichen Vorsteherdrüsen meist ohne jede Blutung. Auch in drei Fällen von acuter completer Harnverhaltung bei Prostatahypertrophie hat Autor das Mittel angewandt. Jedes Mal handelte es sich um die erste complete Retention bei Prostatikern der ersten Periode. Die Harnverhaltung war stets seit

Tagen oder Wochen eine so vollständige, dass die Pat. auch nicht einen Tropfen spontan entleeren konnten. Nach Instillation von 2 ccm Adrenalin 1:1000 in die Pars prostatica wartete Autor 3—4 Minuten und forderte die Pat. dann auf, den Versuch zu machen, die Blase zu entleeren. Dies gelang natürlich nur höchst unvollständig, aber doch waren die Pat. im Stande, unmittelbar auf den Eingriff eine geringe Menge Harns, wenigstens tropfenweise, herauszubefördern. In solchen Fällen ist der moralische Effect eines auch noch so unbedeutenden, dem Eingriffe folgenden Resultates, der dem über seinen Zustand höchst deprimierten Pat. die Hoffnung giebt, dass die Wiederkehr der spontanen Blasenentleerung im Bereich der Möglichkeit liegt, nicht zu unterschätzen. Autor machte aber in seinen Fällen die Beobachtung, dass sich an die ersten, mühsam entleerten Tropfen eine ziemlich rasche Wiederkehr der normalen Function anschloss. Die Adrenalininstillationen wurden mehrere Tage hindurch in gleicher Weise fortgesetzt. Die Menge des spontan entleerten Harns, welche in einem Falle schon am ersten Tage 500 ccm betrug, nahm stetig und rasch zu. Diese weiteren Folgen der Adrenalinjection lassen sich nicht durch die rasch vorübergehende Anaemisirung der Schleimhaut erklären, sie stehen aber höchstwahrscheinlich mit dem unmittelbaren Effect des Eingriffes in directem Zusammenhang. Autor hat bisher immer schon den Eindruck gehabt, dass bei vielen Fällen von Harnretention in Folge von Prostatahypertrophie nebst dem mechanischen Hinderniss noch dem Hypertonus des Sphincter internus eine Rolle zufällt. Da beim Act der Harnentleerung die Erschlaffung des Sphincter immer das Primäre ist, diese aber, wie dies ja auch bei Neurosen ohne Volumsveränderung der Prostata nicht so selten ist, dem Pat. die grössten Schwierigkeiten bereitet, so wäre es immerhin denkbar, dass der psychische Eindruck der ersten, wenn auch noch so geringfügigen spontanen Entleerung dem Pat. in der Folge zur Erleichterung der die Miction einleitenden Relaxation des Sphincters verhilft. Autor benützte die von Parke, Davis & Co. in den Handel gebrachte Lösung: Adrenalin. hydrochloric. 0,1:Natr. chlor. 0,7:Chloreton 0,5:Aq. dest. 100,0.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 31.)

- Die **Gefässwirkung des Jodipin** erprobte Dr. R. Thaussig (Wien, k. k. Allgem. Krankenhaus). Die zweckmässigste Application ist die subcutane des 25 %igen Präparates. Dasselbe wurde in der Regel erwärmt in die Bauchhaut injicirt, wobei nie locale Reizerscheinungen sich zeigten. Gewöhnlich wurden 20 ccm auf einmal eingespritzt; durch Zurückziehen der Nadel und neuerliche Einführung in einer anderen Richtung im Unterhautzellgewebe mit Benützung derselben Hauteinstichstelle konnte diese Menge ohne Spannung leicht injicirt werden, was im Durchschnitt alle vier Tage geschah. Es wurden so mehr als 50 Fälle behandelt, in welchen die Gefässe beeinflusst werden sollten. Bei *Asthma bronchiale* (8 Fälle) waren die Resultate sehr gute, ebenso bei *Gefässerkrankungen*, besonders *luetischen* Ursprungs (Aortenaneurysmen, Coronararterienerkrankungen, Erkrankung der Gehirngefässe etc.), wobei auch Hebung des Ernährungszustandes (wohl in Folge des Jodfettes) beobachtet wurde. Sehr bemerkenswerth waren die Erfolge bei *Bleikolik*, zweifellos das Resultat der Beeinflussung der Bauchgefässe durch das Jod; es scheint sich dabei um Gefässkrampf zu handeln, der Schmerz hauptsächlich Gefässschmerz zu sein.

(Wiener med. Wochenschrift 1902 No. 29.)

- **Ein neuer Deckverband** wird von Dr. C. Springer (Prof. Bayer's Abtheilung am Kaiser Franz Joseph-Kinderhospital in Prag) mit folgenden Worten eingeführt: „Wenngleich der dem Lister'schen Verbandarmamentarium entstammende Protectiv-silk in seiner ursprünglichen, von vornherein schon wegen des Gehaltes an Phenol bedenklichen Form kaum mehr in Gebrauch steht, hat das Bedürfniss nach einem glatten, der Wunde nicht anklebenden Verbandmittel bei plastischen Operationen an der Haut Stoffe, die im Wesentlichen auf das Princip des Protectiv-silk hinauslaufen, unter Weglassen des Phenolzusatzes andauernd in Gebrauch erhalten. Es gehören hierher der gefirnisste Seidentaffet, mit Kautschouk, Vaseline oder Fetten imprägnirte Seide oder Baumwollengewebe, die sich von der sonst souveränen hydrophilen Gaze dadurch vortheilhaft unterscheiden, dass sie der Nahtfuge oder den transplantierten Lappchen nicht ankleben, mit den Nahtenden sich nicht verfangen,

sodass der Wechsel des Verbandes ohne Zug und Zerrung der Wunde vor sich geht. Die genannten Stoffe haben aber einen grossen Fehler: sie leiden in Form und Consistenz zu sehr bei der Sterilisirung durch das Kochen, man kann dies nicht gut öfter als einmal mit ihnen vornehmen und ist daher darauf angewiesen, sie nachher in antiseptischen Flüssigkeiten eingelegt aufzubewahren. So muss man dann vor dem Gebrauch jedes Mal erst durch Abspülen die anhaftende Schicht des Antisepticum zu entfernen trachten, was in idealer Weise nicht möglich ist. Bei der meist gebräuchlichen Verwendung von Carbolglycerin oder Formalinlösungen läuft man Gefahr, Theile davon mit auf die Wunden zu bringen. Jene Materialien entsprechen daher nicht den Forderungen der Asepsis. Auf der Suche nach einem zweckentsprechenderen Material kam ich auf das *Paraffin*, dessen Verwendung sich so vorzüglich bewährte, dass ich mir hiordurch auf dieses aufmerksam zu machen erlaube. Lässt man in einem flachen Gefässe mit kochendem Wasser ein kleines Stückchen Paraffin von 45—47° C. Schmelzpunkt zerfliessen, so bildet sich beim Erkalten auf der Oberfläche ein zartes Häutchen, von wiedererstarrtem Paraffin, welches bei einer Temperatur von 35—40° C. eine solche Geschmeidigkeit hat, dass man es in jeder Form schneiden und biegen, der Wunde anpassen kann. Mittelst einer Nadel kann man es nach Wunsch durchlöchern, um für freien Secretabfluss vorzusorgen. Dieses Paraffinhäutchen erfüllt alle Bedingungen, die man aus den oben genannten Gesichtspunkten an ein solches Verbandmittel stellen kann. Es ist von glatter Oberfläche, klebt nicht an, sondern wird beim Verbandwechsel mit der darüber gelegten Gaze abgehoben, es bleibt geschmeidig bei Hauttemperatur, frei von jedem Antisepticum reizt es nicht, ist sehr billig und vor allem sicher steril zu machen, da man es nach Belieben lange kochen kann. Den Fetten gegenüber hat es den Vorzug, dass es sich nicht verschmiert, sondern fest bleibt, und dass es so die darüber liegenden Gageschichten nicht imprägnirt, sondern trocken und saugkräftig lässt. Als einen weiteren, wenn auch vielleicht nur theoretischen Vorthail vor den bisher üblichen, meist grünen oder braunen Protectiven möchte ich, so gesucht es auch klingen mag, seine Lichtdurchlässigkeit

anführen. In der ganzen Heilkunde wird jetzt das directe Licht auch als locales Heilmittel angewendet, nur der Chirurg ist gezwungen, durch den Verband mit dem nöthigen Abschluss der Wunde von der Aussenwelt auch dem Licht den Zutritt zu versperren und dieselbe damit einer vielleicht nicht unwesentlichen Hilfs- oder Schutzmacht zu berauben. Zukünftige Untersuchungen mögen diese Erwägung als nicht allzu gegrübelt erscheinen lassen. Hinsichtlich der praktischen Durchführung gestaltet sich das Verfahren sehr einfach: In einem flachen mit Deckel versehenen Gefäss erhitzt man eine Wassermenge von 3—4 cm Höhe auf 100° C., wirft ein kleines Stückchen Paraffin von $45\text{—}47^{\circ}$ C. Schmelzpunkt hinein und lässt das Wasser zehn Minuten weiter kochen. Sodann stellt man das Gefäss in kaltes Wasser, wodurch in kurzer Zeit das Paraffin gerinnt und als feines Häutchen die Oberfläche bedeckt. So wie diese Gerinnung sich vollzogen hat, stellt man das Gefäss in Wasser von 40° C., wodurch sich die Temperatur der Paraffinschicht so hoch erhält, dass es biegsam bleibt. Mit der Temperatur des Wassers, in welches man das Gefäss stellt, braucht man es übrigens nicht sehr genau zu nehmen, und wenn man das Verfahren ein paar mal gemacht hat, so lässt man gewöhnlich das Einsetzen in laues Wasser überhaupt weg und stellt nur sofort nach Eintritt der Gerinnung das Gefäss auf einen Glastisch; bei der ohnehin etwas höheren Temperatur eines Operationssaales bleibt das Paraffin geschmeidig genug, im Nothfall ist durch Zugiessen von warmem sterilem Wasser jeder Zeit der gewünschte Grad von Geschmeidigkeit zu erreichen. Mittelst einer geglühten Nadel durchlöchert man das Häutchen so weit nöthig noch auf dem Wasser schwimmend, schneidet mit der Scheere ein entsprechend grosses Stück heraus und legt es mittelst zweier Pincetten mit der dem Wasser zugekehrt gewesenen Fläche auf die Wunde. Darüber kommt eine Lage steriler Gaze. Hinsichtlich der Dicke der Paraffinschicht ist es Sache kurzer Uebung, dieselbe nach Wunsch zu erzielen, ich rechne gewöhnlich 1—2 ccm Paraffin auf 50 qcm Oberfläche der Wassersäule. Wichtig ist, während des Erstarrens mit dem Gefäss nicht zu schütteln, damit die Dicke eine gleichmässige wird.“

(Centralbl. f. Chirurgie 1902 No. 24).

- **Eiweiss- und Zuckerreaction am Krankenbette** prüfen lässt sich bequem mit einem kleinen Apparat*), den Dr. Stich (Leipzig, Städt. Krankenhaus) empfiehlt. In einem kleinen Etui befinden sich zwei Reagentgläser, das eine mit den Reagentien, Fehling'scher Lösung (oder Nylander's Reagens) und Säuresublimat (1 Weinsäure, 2 Sublimat) in einer durch Glaswand getrennten Röhre, das andere mit einem Behälter für Hartspiritus und einem Glas-trichterchen. Zum Gebrauch wird ein Spirituswürfel auf dem Deckel des Etui angebrannt. Für die Eiweissabscheidung ist nur eine Spur von Säuresublimat zuzugeben. Die Zuckerprobe kann annähernd quantitativ mit Benützung der Cubikcentimetertheilung ausgeführt werden. 2 ccm Fehling reduciren 1 ccm Zuckerharn mit 1⁰/₀.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 26.)

- **Heroin. hydrochloric. als Anaphrodisiacum** erprobt hat Dr. Arth. Strauss (Barmen). Zunächst in zehn Fällen von *Pollutiones nimiae*. Es handelte sich zumeist um junge Leute, die 2—4mal wöchentlich an nächtlichen Samenergüssen litten und Tags darauf grosses Schwächegefühl hatten, auch über Kreuzschmerzen, Eingenommen-sein des Kopfes u. s. w. zu klagen hatten. In allen diesen Fällen nahmen die Pollutionen unter Heroin an Häufigkeit schnell ab. Bei einem 21jähr. jungen Manne, der fast nächtlich von Pollutionen geplagt wurde, war in der nächsten Woche keine einzige aufgetreten, als er abendlich ein Pulver von 0,01 Heroin nahm; auch in den folgenden Wochen waren die Pollutionen selten, das Befinden besserte sich zusehends. Im Allgemeinen gab Autor in der ersten Woche jeden Abend ein Pulver und liess dann, je nach der Häufigkeit, zwei bis drei Abende pausiren. Natürlich wurden auch die anderen Maassregeln (Schlafen auf harter Matratze, auf der Seite, nicht zu kräftige Mahlzeiten Abends, Vermeiden geistiger Getränke, kalte Abreibungen etc.) nicht vernachlässigt. Eine zweite Gruppe von Fällen erstreckte sich auf jene Formen sexueller Neurasthenie, in denen es in Folge von geschlechtlichen Ausschweifungen zu physischer *Impotenz*, zu *Samenfluss* und jenen

*) Zu beziehen von Dr. Grübler & Co., Leipzig.

nervösen Beschwerden gekommen war, die meist die Folge von *Onanie* sind: Schwäche, Mangel an Selbstbewusstsein, Kopfschmerzen, Mattigkeit u. s. w. Hier wirkte in vier Fällen Heroin nicht so prompt, wie bei der ersten Gruppe; in einem Falle liess es ganz im Stich, die Spermatorrhoe wich nicht, obgleich Autor mit der Heroinbehandlung (Abends ein Suppositorium à 0,01) Instillationen mit Arg. nitr. auf den Samenbügel verband. Dagegen hatte Heroin, in derselben Weise angewandt, in einem anderen Falle schnelle und nachhaltige Wirkung. Auch hier war namentlich die in Folge von excessiver Onanie aufgetretene Spermatorrhoe zu bekämpfen, die so stark war, dass sogar beim Husten oder Springen Entleerungen von Samen erfolgten. Hier trat schon nach drei Suppositorien à 0,01, abendlich eingeführt, bedeutende Besserung ein, nach einigen Wochen völlige Heilung. Eine dritte Gruppe von Erkrankungen betraf das Gebiet der *Gonorrhoe* mit ihren Complicationen (20 Fälle), wo zur Beseitigung von Erectionen, Schmerzen in den Hoden, der Harnröhre, Blase, Prostata etc. Heroin gegeben wurde, und zwar stets mit gutem Erfolge, sodass es als Unterstützungsmittel der allgemeinen und örtlichen Behandlung warm empfohlen werden kann. Endlich wirkte Heroin besänftigend und schlafbringend bei operativen Eingriffen, bei denen Erectionen und Schmerzen folgen, namentlich nach Phimosenoperationen. Unangenehme Nebenerscheinungen machte Heroin nie.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 36.)

- Ein **Trichterreagensglas** construirte L. Jacobsohn (Würzburg) zur Vereinfachung sämtlicher Schichtproben. An einem Reagensglas, an dessen äusserer Fläche im oberen Drittel, liess er einen Trichtermantel rings anschmelzen; der zwischen letzterem und der äusseren Fläche des Reagensglases befindliche Raum steht durch 6—10 feine Oeffnungen mit dem Innenraume des Röhrchens in Verbindung. Will man z. B. die Heller'sche Eiweissprobe anstellen, so füllt man einige ccm Salpetersäure in den Innenraum des Röhrchens und giesst in den äusseren Behälter den Urin, der durch die feinen Löcher in das Reagensglas übertritt und in Folge der Adhäsion an der inneren Glasfläche langsam herabfliessend, sich

in einigen Secunden über der Säure aufschichtet. In Folge des gleichmässigen Herabfliessens kommt es so immer zur Bildung eines scharf abgegrenzten Eiweissringes. Gegenüber der Pipetten- oder Filtrirmethode hat das Trichterreagensglas den Vortheil, eine einheitliche Vorrichtung zu sein, die auch dem Ungeübteren eine sichere Anwendung der für den Nachweis von Eiweiss, Blut, Gallenfarbstoff etc. in Frage kommenden Ringproben ermöglicht.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 28.)

Bücherschau.

- **Therapeutischer Rathgeber für die tägliche Praxis.** Bisheriger Titel: „*Die therap. Praxis des Arztes.*“ Von Dr. E. Graetzer. Fünfte gänzlich umgearbeitete Auflage. Leipzig, E. Fiedler. Preis: M. 6.—. Die „Wiener klin. Rundschau“ (1902 No. 31) schreibt über das Werk: „Der Autor hat nur die Praxis des einfachen prakt. Arztes ins Auge gefasst und über alle wichtigen Krankheitsformen zweckmässige therapeutische Notizen gebracht. Er ist dabei bemüht, nicht nur die bewährten älteren Behandlungsweisen, sondern auch die neuesten Errungenschaften auf diesem Gebiet zu berücksichtigen. Die Recepte sind mit Verständniss glücklich ausgewählt. Die Anordnung der Materie ist eine alphabetische. Die neue Auflage dieses Werkes, welches wiederum die sorgfältige Umarbeitung und Sichtung des Materials durch den Herausgeber erkennen lässt, wird sich gewiss grosser Verbreitung erfreuen.“ Die „Medicin. Blätter“ (1902 No. 26) schreiben: „Der oft bewährte Verfasser bietet auf verhältnissmässig geringem Raume eine ganze therapeutische Encyklopaedie, wie sie den Ansprüchen des prakt. Arztes genügt. Mit kritischer Auswahl sind nur solche Methoden und Mittel aufgenommen, welche bereits vielfach erprobt sind. Im Gegensatze zu anderen ähnlichen Nachschlagewerken findet der Arzt in dem Buche nicht bloss die medicamentöse Therapie, sondern auch die chirurgische und gynaekologische Behandlung sorgfältig berücksichtigt. Wir können daher den „Therap. Rathgeber“ jedem Praktiker aufs Wärmste empfehlen

und wünschen, dass auch die vorliegende Auflage so weite und rasche Verbreitung finden möge, wie ihre Vorgängerinnen.“

- Rauber's rühmlichst bekanntes **Lehrbuch der Anatomie des Menschen** (Leipzig, G. Thieme) ist in *6. Auflage* erschienen. Es liegt vorläufig der 1. Band vor (Preis: M. 17.—), der 2. folgt erst. Dieser erste, über 900 S. starke und mit 1143, zum Theil farbigen, Textabbildungen geschmückt, enthält den Allgemeinen Theil, die Lehre von den Knochen, Bändern, Muskeln und Eingeweiden. In der Vorrede sagt der Verfasser: „Das Werk ist nicht bloss für das Studium eines einzigen oder zweier Semester bestimmt, sondern es soll den Studirenden während seiner ganzen Studienzeit begleiten. Anfangs mag er manches Schwierige überschlagen; später kann er nach Bedürfniss dahin zurückkehren und sich besser unterrichten. Für den ganzen Zeitraum berechnet ist das Werk nicht zu umfangreich.“ Das finden wir auch, ob auch der „Studirende“, ist freilich eine andere Frage. Nun, für den prakt. Arzt als Nachschlage- und Orientierungswerk ist es sicher nicht zu umfangreich, wir werden sogar dem Verfasser sehr dankbar sein, dass er uns so genau in Wort und Bild alle Details vorführt. Beim Erscheinen des zweiten Bandes werden wir auf das Buch, das in der Bibliothek eines jeden Praktikers einen Ehrenplatz einnehmen sollte, noch zurückkommen.

Berichtigung.

In No. 12 des vorigen Jahrganges Seite 563, Zeile 2 von oben, soll es statt „Kalilaugensalz“ heissen: „**Kalilaugenzusatz.**“

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

No 2.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

November

XII. Jahrgang

1902.

Die früher erschienenen elf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Anaesthesie, Narkose. Das Operiren im ersten Aether-

rausch wird auch in der Rostocker chirurg. Klinik und Poliklinik ausgeübt, und berichtet Ehrlich über die gemachten Erfahrungen. Die Methode beruht bekanntlich auf der Beobachtung, dass nach wenigen Inhalationen von Aether sich ein Rauschzustand einstellt, in dem bei den meisten Menschen die Schmerzempfindung vollständig aufgehoben ist, während die tactile Sensibilität und die Motilität noch erhalten sind. Autor betrachtet das Verfahren als sehr werthvolle Bereicherung und hält die Verwendung desselben namentlich in den Fällen für indicirt, wo die Erzielung der Localanaesthesie grössere Schwierigkeiten bereitet oder ganz versagt, die Einleitung einer allgemeinen Narkose aus bestimmten Gründen vermieden werden soll. Er übte es bisher nur bei kurzdauernden Eingriffen: Spaltung von

Phlegmonen, Exstirpation von Carbunkeln, Zahnextraktionen, Einrichtung von Fracturen, Vornahme schmerzhafter Verbandwechsel u. dgl. Die Technik ist sehr einfach: es werden ca. 30 g Aether in die Maske (Autor benützt die Juillard'sche) gegossen, und nach wenigen tiefen Inspirationen des Pat. kann man den Eingriff schmerzlos ausführen. Die Zeitdauer, welche die Anaesthesirung in Anspruch nimmt, ist also die denkbar kürzeste, die Pat. sind bereits während der Anlegung des Verbandes wieder ganz wach, üble Nachwirkungen fehlen fast vollständig, Erbrechen kommt nicht vor, selbst nicht bei Pat., die unmittelbar vorher gegessen; selbst bei Pat. mit nicht ganz intacten Respirationsorganen ist diese Methode durchaus unbedenklich. Versagt hat sie unter einigen 60 Fällen nur 2 mal (aufgeregte nervöse Frauen geriethen in einen deliriumartigen Zustand), sie erwies sich auch bei sehr muskelkräftigen Männern stets als ausreichend. Autor glaubt nicht an reine medicamentöse Wirkung des Aethers, sondern schreibt auch dem psychischen Moment einige Bedeutung zu und hält eine suggestive Einwirkung durch Zureden und Beruhigung des Pat. für die Erzielung prompter Erfolge für wichtig.

(Rostocker Aerzteverein 12. VII. 1902. —
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 34.)

— Ueber die **Verwendung des salzsauren Anaesthesins zur lokalen Betäubung** lässt sich Oberarzt Dr. Rammstedt (Münster i. W.) aus. Der Uebelstand, dass Cocainlösungen durch längeres Stehen, sowie durch zu starke oder mehrmalige Erhitzung beim Sterilisiren einen grossen Theil ihrer schmerzstillenden Kraft verlieren, bewogen Autor, die Dunbar'schen Versuche mit Anaesthesin*) nachzuprüfen. Seit Mitte Juni hat er daher bei allen kleineren Eingriffen (über 60) anstatt des Cocains Anaesthesin benützt, und zwar die Dunbar'sche Lösung, aber unter Fortlassung von Morphinum, das er für überflüssig hält, also:

Rp. Anaesthesin. hydrochloric. 0,25
Natr. chlorat. 0,15
Aq. dest. ad 100,0

Meist wurde die zu operirende Stelle selbst in genügend weiter Ausdehnung nach Schleich infiltrirt, in einzelnen geeigneten Fällen auch die Oberst'sche Methode angewandt. Die Unempfindlichkeit der Operationsstelle trat bei der

*) S. Excerpta XI. Jahrgang Heft 10, Seite 440.

Infiltrationsmethode stets sofort im Anschluss an die Injection, bei der regionären Anaesthesie etwas langsamer ein und hielt so lange an, dass die nothwendigen Eingriffe in aller Ruhe ausgeführt werden konnten. Je nach Ausdehnung des Schnittes wurden 1—40 ccm und mehr der Lösung eingespritzt, ohne dass je unangenehme Erscheinungen eintraten. Die schmerzstillende Wirkung hielt noch lange nach der Operation an, erst 3—5 Stunden später trat leichte Schmerzempfindung ein. Auch bei Einspritzung in entzündete Gewebe Wirkung sofortig und anhaltend; es wurden 12mal Panaritien der Finger, 11mal Zellgewebsentzündungen der Hohlhand, 12mal Furunkel und Carbunkel eröffnet. Ausserdem 5mal Anfrischung und Naht von Quetschwunden des Kopfes, Spaltung des Paraphimosenringes, Operation der Phimosis, Excision von Schrotkörnern, Exstirpation kleiner Tumoren (7mal), Operation von Unguis incarnatus (2mal), Punction grösserer Gelenke (2mal); bei sämmtlichen aseptischen Eingriffen schnelle Heilung per primam, ohne irgend welche Reizerscheinungen. Anaesthesin verträgt auch mehrmaliges intensives Auskochen und längeres Stehenbleiben, ist dadurch dem Cocain überlegen, desgleichen durch Ungiftigkeit und Billigkeit (100 g M. 15); die Buchka'sche Hofapotheke in Frankfurt a. M. bringt die Dunbar'sche Lösung bereits in Tablettenform in den Handel.

(Centralbl. f. Chirurgie 1902 No. 38.)

Aneurysmen. Zur Diagnose des in der Brusthöhle ver-

borgenen Aortenaneurysmas macht Professor L. v. Schrötter (Wien) im Anschlusse an einen beobachteten Fall Bemerkungen. Es giebt in der Brusthöhle verborgene A., Fälle, wo plötzlicher Tod auf ein vorher durchaus unerkanntes Aneurysma zurückzuführen ist, wo der Arzt, dem der Körperzustand des Betreffenden aufs Genaueste bekannt war, bei der Autopsie durch den Befund des Aneurysma ganz und gar überrascht wird. Es sind ja gewisse Symptome, welche *meist* unsere Aufmerksamkeit auf A. lenken. So gehören ja solche von Seite des Nervenapparates und unter diesen die Innervationsstörung durch Druck auf den Ramus recurrens der linken Seite, und die dadurch gegebene Stimmbandlähmung zu jenen Erscheinungen, die ungemein oft vorkommen. Grossmann hat nun neuerdings darauf aufmerksam gemacht, dass der bleibenden Stimmbandlähmung Anfälle von Erstickung vorausgehen, und dass die Unbeweglichkeit des Stimmbandes

kommen und schwinden kann. Er erklärt dies in der Weise, dass der Druck des Aneurysmas auf den Nerv anfangs nur gering sei und einen Reiz ausübe, der aber wieder bei geändertem Wachsthum oder veränderter Lage zurückgehen könne, bis er endlich bleibend und anwachsend zur vollständigen Degeneration am Nerv führt. v. Schrötter stimmt dieser Ansicht bei, wenn er auch ein solches Vorkommen für selten hält. Allerdings kommen wir ja meist schon zum ausgebildeten Stadium, doch hat Autor auch bei anderen Krankheitsprocessen, Pleuritis, Carcinoma oesophagi, die Paralyse in längeren oder kürzeren Zwischenräumen kommen und gehen sehen. Bei v. Schrötter's Falle besteht ebenfalls eine geringere Beweglichkeit der linken Larynxhälfte; dieselbe ist aber so wenig ausgeprägt, dass sie bei nicht ganz genauer Untersuchung leicht übersehen werden müsste. Auch von jenen Schmerzen an der vorderen Brustwand, die nicht selten nach den Armen ausstrahlen, wie sie so häufig das Aneurysma am aufsteigenden Theile oder am Bogen der Aorta begleiten, oder jenen nagenden Schmerzgefühlen, die uns bei A. am unteren Theile des Bogens und der absteigenden Aorta bei innigerer Beziehung derselben zur Wirbelsäule begegnen und zu den quälendsten, oft lange in der Genese unklar bleibenden Sensationen der Kranken gehören, war bei dem Pat. keine Rede. Derselbe, bisher nie irgendwie erheblich krank und auch jetzt ohne irgendwelche Klagen, kam nur wegen eines Abscesses in der Nase zum Autor, dem aber bei Untersuchung des Pat. der Zustand der Halsarterien auffiel. Beide Carotiden waren auffallend weit, in der Wandung dicker, sehr stark geschlängelt, ein Verhältniss, das namentlich bei dem Alter des Pat. (45 Jahre) zu den selteneren gehört. Ausser Sklerose an den Arterien der oberen Extremitäten sonst nichts Abnormes, speciell am Herzen nichts. Die Röntgenaufnahme aber zeigte einen links vom Sternum liegenden, zur Basis des Herzens herabreichenden, scharf umschriebenen Schatten von ganz beträchtlicher Ausdehnung, deutlich pulsirend, — zweifellos also ein Aneurysma am unteren Theile des Bogens und am Anfangstheile der Aorta descendens, das bisher in der Brusthöhle verborgen geblieben war! Denn der schwer arbeitende Mann hatte bisher über nichts geklagt, von den üblichen objectiven und subjectiven Zeichen lag nichts vor! Jene geringere Beweglichkeit des linken Stimmbandes wurde erst entdeckt, als, nachdem das Aneurysma bereits erkannt war, genau danach geforscht wurde. Der Fall lehrt wieder, bei Kranken

mit verdächtigen Symptomen, solchen von Seite des Respirations- und Circulationsapparates, Schmerzen auf der Brust, namentlich Intercostalneuralgien, selbst wenn noch keine Erscheinung von Seite des Recurrens hervortritt, auf A. mit allen uns zu Gebote stehenden Methoden zu fahnden.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902, No. 38.)

- **Aneurysma varicosum eines Saphenaastes als Schenkelbruch fehldiagnosticirt!** Einen solchen Fall erlebte Dr. Fl. Hahn (Nürnberg). 39jähr. Frau, 7 mal entbunden, zuletzt am 7. I. 1902. Stand 8 Tage nach dieser Entbindung auf, wobei die Hebamme in der linken Schenkelbeuge eine grosse Geschwulst bemerkte, die sie für einen Bruch hielt, weshalb sie der Pat. ein Bruchband brachte. Schon nach 1 Stunde musste letzteres wegen heftiger Schmerzen entfernt werden, zugleich zeigte sich Schwellung der Haut. Der zugezogene Arzt diagnosticirte einen irreponiblen, über faustgrossen Schenkelbruch, der Netz enthielte, und bat den Autor, Pat. Abends mit zu besuchen. In der linken Schenkelbeuge über mannsfaustgrosser, beweglicher, nach unten scharf abgrenzbarer Tumor, der sich ins Abdomen durch den Schenkelring continuirlich fortsetzte; daumendicker Strang zu fühlen, der sich in den Annulus cruralis externus hineinverfolgen liess. Nach dem Befunde und auf die Angabe der Frau hin, seit Jahren an dem „Bruch“ zu leiden, der nie Beschwerden gemacht habe, aber jetzt im Wochenbett grösser geworden sei, nahm auch Autor einen verwachsenen, irreponiblen Netzbruch an und dachte sich, es sei vielleicht post partum noch eine grössere Netzparthie in den Bruchsack ausgetreten, zumal da Pat. an diesem Tage zum 1. Male vom Wochenbett aufgestanden. Verordnung: Priessnitz, Hochstellen des Bettendes. In der Nacht spontan Stuhlgang; kein Aufstossen, Erbrechen etc., kein Zeichen einer Behinderung der Darmpassage oder einer Zerrung des Darmes, gutes Allgemeinbefinden, kein Fieber, keine Pulsveränderung. Am nächsten Morgen subjectiv und objectiv Status idem. Gleichwohl Vorschlag zur Operation in der Annahme eines irreponiblen, event. strangulirten Netzbruches, namentlich deshalb, weil wegen des Oedems der Haut ein frischer entzündlicher Process im Bruchsackinhalt nicht auszuschliessen war. Zustimmung zur Operation, die also am 15. I. in Narkose ausgeführt wurde. Schrägschnitt in gewöhnlicher Weise, bis auf die Bruchsackhüllen. Die Umgebung derselben bestand aus derben, diffusen Verwachsungen,

die mit der Scheere und theilweise mit dem Messer gelöst werden mussten; dann erst gelangte man auf den eigentlichen (vermeintlichen) Bruchsack. Der Inhalt schimmerte dunkelblauroth durch die Wand, die Consistenz des Bruchinhaltes war ziemlich fest. Auffallend einige Einkerbungen, namentlich am Fundus. Hier, wo zunächst die Isolirung begann, schlängelte sich eine Vene nach der Hinterwand (so schien es). Durchschneidung der Vene, Präparirung nach oben. Nun kamen 2 quer verlaufende Wülste zu Gesicht, die an Varicen erinnerten. Aber immer noch blieb nach oben, nach dem Schenkelring zu, die Hauptmasse des Tumors bestehen. Dieser Tumor aber war weiter nichts, als ein apfelgrosser Varix. Lateralwärts von ihm verlief die Vena saph. magn., die sich als solider Strang anfühlte. Autor präparirte sie frei, und an der Stelle, wo der eigentliche Tumor ihr anhaftete, riss die sehr brüchige Wand des Tumors ein; es entleerten sich einige Tropfen flüssigen Blutes aus demselben; ohne weitere Versorgung der Oeffnung erfolgte auch keine weitere Blutung. Nun verfolgte Autor die Saphena weiter centralwärts bis zu ihrem Uebergang in die V. cruralis. Bis dicht an die Einmündungsstelle fühlte sich die Saphena solid an, knapp an dieser Stelle wurde sie abgebunden, die Vene durchschnitten und nun der Tumor im ganzen entfernt. An der Fossa ovalis und vor dem Annulus crural. ext. fanden sich 3 bohnergrosse harte Drüsen, eingebettet in jenen derben Schwielen, wie sie um den ganzen Tumor sich vorfanden; so erklärte sich der Befund bei der äusseren Untersuchung, wo sich ein etwa daumendicker Strang ins Abdomen fortzusetzen schien. Nun exstirpirte Autor noch einen Theil des Saphena-Astes, dem der Tumor angehörte, peripherwärts resp. medianwärts und auch noch ein Stück der Saphena peripherwärts und vernähte die Wunde. Verband, darüber Sandsack, Erhöhung des Bettendes! Glatte Heilung, nach 12 Tagen Entlassung. Es handelte sich also um einen geschwulstartigen Varix eines hochabgehenden Astes der V. saphena magna, um ein Aneurysma varicosum. Bei der äusseren Untersuchung hätte wohl jeder College „Netzbruch“ diagnosticirt, da sich solche Fälle absolut nicht von dem obigen unterscheiden. Allerdings eine Erscheinung würdigte Autor erst post operat. richtig: Die stärkere Entwicklung von Varicen an der linken Extremität von den Zehen bis zum Knie, im Gegensatz zur anderen Seite. Aber Autor glaubt nicht, dass er, selbst bei richtiger Deutung dieses Phaenomens, die richtige

Diagnose gestellt hätte. Uebrigens könnten sich ja solche Varicen der unteren Extremität auch durch einen verwachsenen Netzbruch und Druck auf die V. saphena bilden! Die Lage des Tumors, sein langes Bestehen, seine circumscribede Gestalt, die Continuität nach dem Abdomen zu, alles sprach für Hernie, zumal geschwulstartige Varicen im Gebiete der V. saphena magna recht selten sind. Was das Präparat anbelangt, so zeigte der Tumor im Ganzen etwa Traubenform; nach oben medianwärts sass der apfelgrosse Haupttheil, dem sich nach unten zu ein pflaumengrosser Varix anschloss, der sich wiederum fortsetzte in 2 querverlaufende Wülste von Kleinfingerdicke, das Ganze noch theilweise überkleidet von dicken Schwarten. Die Wände der Varicen stark verdickt, das Lumen ausgefüllt von zum grössten Theil geronnenem Blut. Lateralwärts schloss sich an den Tumor an die Vena saph., die ausgefüllt war von einem grösstentheils organisirten Thrombus mit deutlichem spaltförmigen Lumen. Der Thrombus endete knapp (etwa $\frac{1}{2}$ cm) vor der Einmündungsstelle der Saphena in die Femoralis (dicht an der Abbindestelle), indem er kuppenförmig ins Lumen der Saphena hineinragte. Ein Lumen an der Kuppe nicht zu erkennen, d. h. Thrombus im Ganzen noch nicht canalisirt. Zwischen Thrombus und Saphenawand zarte fibrinöse Verklebungen. Der Zustand des Thrombus gab Aufklärung über die Dauer der Thrombose, die zweifellos aus dem letzten Wochenbett stammte. Auffallend ist, dass Pat. gar keine Beschwerden hatte von der Thrombose, keine Ahnung davon hatte, eine Erfahrung, die öfter gemacht wird. Es kommen jedenfalls viel mehr Saphenathrombosen vor, als man annimmt. Durch die Thrombosirung der V. saphena nahm der an sich grosse Varix in der letzten Zeit post partum an Ausdehnung rasch zu, die noch vermehrt wurde durch Anlegen des Bruchbandes. Wie unheilvoll hätte aber ein Taxisversuch in Hinsicht auf Verschleppung des Thrombenmaterials ausfallen können!

(Münchener med. Wochenschrift 1902, No. 37.)

Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Carbollysoform,

ein neues Antisepticum, empfiehlt Prof. Elsner (Berlin, Kgl. Institut f. Infectionskrankheiten). Lysoform hat seiner Ungiftigkeit wegen und weil es nicht unangenehm riecht, vielfach Eingang in die Praxis gefunden; aber leider reicht seine desinficirende Kraft nicht aus, um sehr widerstandsfähige Mikroorganismen, z. B. einen der häufigsten Eiter-

erreger, den *Staphylococcus pyog. aureus*, abzutöden. Auch die so beliebte 1%ige Lysollösung bleibt übrigens weit hinter der früher gebräuchlichen, leider zu giftigen 3%igen Carbolsäure zurück. Die Unsicherheit in der Wirkung der 1%igen Lysollösung gegenüber Eitererregern einerseits und die vorzügliche desodorisirende Eigenschaft des Lysoform neben seiner Ungiftigkeit auf der anderen Seite brachten Elsner auf den Gedanken, durch Combinirung des letzteren Mittels mit genügenden Mengen von Carbol die desinficirende Wirkung des Lysoforms zu verstärken und auf diese Weise zu versuchen, ein Mittel zu erhalten, welches der 3%igen Carbolsäure an Wirksamkeit den Eitererregern und anderen resistenten Mikroorganismen gegenüber gleich käme, ohne ihre Giftigkeit und den unangenehmen Geruch der Phenole zu besitzen. Nachdem verschiedene Versuche, beide Mittel zu vereinigen, nicht recht glückten, weil der Preis zu theuer wurde, der Geruch noch zu intensiv war etc., kam Autor auf die Idee, dem Lysoform schon während seiner Fabrikation rohe Carbolsäure zuzusetzen. Er wandte sich an die Lysoformfabrik mit dem Ersuchen, ein Präparat herzustellen, das auf 2 Theile Lysoform 1 Theil rohe Carbolsäure enthielte und möglichst frei von Carbolgeruch wäre. Es ist nun dies gelungen. Das Karbollysoform besteht also auf 100 Th. zu $66\frac{2}{3}\%$ Lysoform und $33\frac{1}{3}\%$ roher Carbolsäure. Die 5%ige Lösung desselben enthält also etwa $1\frac{1}{2}\%$, die 3%ige nur 1% *roher* Carbolsäure, sodass erstere, wenn man den Gehalt an Phenol in der rohen Carbolsäure zu 30% annimmt, einer $\frac{1}{2}\%$ igen, letztere einer $\frac{1}{3}\%$ igen *reinen* Carbolsäure entspricht. Wie die Versuche mit Staphylokokken ergaben, ist schon 3%ige Karbollysoformlösung dem 1%igen Lysol überlegen, in 5%iger Lösung der 3%igen Carbolsäure völlig gleichwerthig, ohne den üblen Geruch zu besitzen und ohne so giftig zu sein.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902, Nr. 29.)

- **Sublaminpastillen zur Händedesinfection** empfiehlt Krönig. Sublamin (Schering) = Quecksilberaethylendiaminsulfat, ist, wie die Untersuchungen erwiesen, bei der Desinfection der Haut dem Sublimat gleichwerthig, ätzt aber nicht, sodass die Hände trotz reichlichster Benützung frei von Reizerscheinungen, Ekzemen etc. bleiben. Autor verwendet eine wässrige Lösung von 1:1000 bis 1:300, jenachdem die Hände infectionsverdächtig sind oder nicht. Auch bei der *Nachtseide*, die er im Allgemeinen nach der Kocher'schen

Methode sterilisirt, benützt Autor Sublamin (1 : 300) statt Sublimats, um bei gleich starker Entwicklungshemmung den Reiz des letzteren im Gewebe auszuschliessen.

(Medicin. Gesellschaft zu Leipzig, 10. VI. 1902. —
Münchener med. Wochenschrift 1902, Nr. 84.)

— **Alkohol und Sublamin als Händedesinfektionsmittel** unterwarfen wieder Dr. Danielsohn und Dr. Hess (Krankenhaus im Friedrichshain, Berlin) einer Probe. Paul und Sarwey haben behauptet, die neue Sublaminmethode leiste dasselbe wie die Fürbringer'sche Desinfektionsmethode, Blumberg glaubte sogar gefunden zu haben, dass die Desinfektionsergebnisse mit dem Fürbringer'schen Verfahren denen der Sublaminmethode unterlegen, also die Einschlebung des Alkohols nicht von Nöthen sei. Obwohl Fürbringer bereits die Unrichtigkeit dieser Behauptung aufgedeckt, liess er doch durch die Autoren weitere vergleichende Experimentaluntersuchungen machen. Da es hauptsächlich galt, die Frage nach der Existenz einer Ueberlegenheit der Sublamin-Desinfektion nach Krönig und Blumberg über die Fürbringer'sche Alkoholeinschlebung zu beantworten, beschränkte man sich auf einfache vergleichende Untersuchungen, wobei jedoch den beiden Kategorien noch eine 3. beigefügt wurde, welche die Bedeutung des Sublamins als Desinficiens nach der Alkoholvorbereitung erschliessen sollte. Die Tageshand wurde 5 Minuten lang in anfangs 50° heissem Wasser, allmählich bis zu 45° abkühlendem Wasser mit Seife und Bürste nach vorausgegangener Nagel-toilette gewaschen. Die Fürbringer'sche Methode bestand in 3 Minuten langer Abreibung der Hände mittelst steriler Gaze in 80% Alkohol und 2 Minuten langem Bürsten mit 1% Sublimat, die Krönig-Blumberg'sche in 5 Minuten langem Bürsten in 3% iger Sublaminlösung, während bei der *Alkohol-Sublaminmethode 3 Minuten Alkohol, 2 Minuten 3% Sublamin* angewandt wurde. Es ergab sich nun die *Ueberlegenheit des Fürbringer'schen Verfahrens sowohl, wie der Alkohol-Sublaminmethode über die auf den Alkohol verzichtende einfache Sublaminmethode* in ganz evidenter Weise. Das Weglassen des Alkohols kann also dem Praktiker nicht angerathen werden! Wohl aber muss man auf die Vorzüge des Sublamins hinweisen, welches die Hände absolut nicht angreift und erheblich leichter sich löst, als Sublimat, freilich aber noch theuer ist (100 Tabletten M. 6,50). Die hohe Werthung des Alkohols als Händedesinfektionsmittel hat wieder volle Bestätigung erfahren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902, No. 37.)

— **Untersuchungen über die Wirkung des Sublamins als Desinfectionsmittel** hat Dr. Blumberg (Berlin) angestellt und lernte das Präparat als solches kennen, welches folgende Eigenschaften hat:

1. Es steht dem besten der bekannten Desinfectionsmittel, dem Sublimat, an Desinfectionskraft nicht nach.

2. Es hat vor dem Sublimat den Vorzug voraus, dass es selbst in höchsten Concentrationen die Haut nicht reizt.

3. Es gewährt in Folge seiner Reizlosigkeit die Möglichkeit, in Fällen, wo unsere Hände mit einem hochvirulenten Infectionsstoff in Berührung gekommen sind, durch beliebig hohe Steigerung der Concentration der Lösung eine noch grössere Desinfectionswirkung zu erzielen, als mit Sublimat.

4. Es übt voraussichtlich eine viel grössere Tiefenwirkung aus als Sublimat.

5. Sublamin ist ein Salz, das sich momentan selbst in hoher Concentration in Wasser löst, während Sublimat resp. Sublimatpastillen einer bedeutend längeren Zeit zu ihrer Lösung bedürfen; ein Moment, welches bei der Anwendung des Desinfectionsmittels in der Praxis von einer gewissen Annehmlichkeit ist.

6. Sublamin lässt sich in Form von Pastillen herstellen, die sich bedeutend schneller als Sublimatpastillen lösen.

Von grösster Bedeutung ist freilich der Vorzug der *Reizlosigkeit des Sublamins*, da nur eine völlig intacte Hand gehörig desinficirt werden kann und schon die Spur eines Ekzems genügt, die Händedesinfection illusorisch zu machen.

Was die praktische Anwendung des Sublamins betrifft, so will Autor nur hervorheben, dass das Präparat von Prof. Krönig in seiner ausgedehnten operativen Praxis bei sämtlichen Laparotomien und sonstigen Operationen zur Desinfection der Hände und Haut mit ausgezeichnetem Erfolge angewandt wird, und dass die Hände bei dauern dem Gebrauch des Sublamins sich beständig in tadellosem Zustand befinden. Autor ist zur Veröffentlichung folgenden Berichtes autorisirt: „Prof. Krönig braucht in seiner Klinik Sublamin in Concentrationen von 1:500—1:1000 zur Desinfection der Hände und der Haut der zu Operirenden. Sobald die Hände mit infectionsverdächtigem Material in Berührung gekommen sind, wird die Concentration von 1:300 bis 1:200 gesteigert, ohne dass jemals eine Reizerscheinung der Hände beobachtet worden wäre. Ausserdem wird die *Seide* ebenfalls mit wässriger Sublaminlösung

1:300 gekocht, in Anlehnung an das Kocher'sche Verfahren, nur mit der Aenderung, dass an Stelle des Sublimats die Lösung von Sublamin 1:300 gesetzt wird. Die aus der Fabrik bezogenen Stränge No. 1 und 2 werden:

1. in Aether gelegt für 12 Stunden;
2. in Alkohol 12 Stunden;
3. gekocht 10 Minuten in ungefärbtem Sublamin 1:300;
4. aufgespult mit gereinigten Händen;
5. die Spulen 10 Minuten lang vor der Operation in derselben Sublaminlösung nochmals gekocht;
6. die Fäden aus derselben Sublaminlösung, in der sie zuletzt gekocht sind, zugereicht.“

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 37.)

Blutungen. Innere Gelatinebehandlung bei Haemophilie

hat Dr. Hesse (Sebnitz) in einem Falle mit bestem Erfolge angewandt. Es handelte sich um einen 8jähr. Knaben, geb. 1894. Bei der 1. Dentition Zahnblutung. Bei den Gehversuchen und auch später nach jedem Fall ausgedehnte B. in der Gesässgegend. Vom 2. Lebensjahre ab alle 3—4 Wochen starkes, oft Tage lang anhaltendes Nasenbluten (das letzte Mal Novemb. 1901). Von da ab häufiger an den verschiedensten Körperstellen Hautblutungen. Im 4. Lebensjahr Keuchhusten mit häufigen schweren Nasenblutungen. Im 5. Jahre Masern mit zahlreichen kleinen Ekchymosen. Ende 1898 zweimal ca. 3 Wochen anhaltende Zahnlückenblutungen nach spontanem Ausfallen der Zähne, ebenso 1 mal 1899, 1900 und Oct. 1901; B. zum Theil sehr schwer und anhaltend, Pat. mehrfach in Lebensgefahr. 1899 profuse Blutung aus einer oberflächlichen Schnittwunde des Fingers, erst nach 3 Wochen in Folge 24stündiger Compression sistirend. Oefter B. in Gelenken, sodass Pat. kaum $\frac{1}{2}$ Stunde hintereinander ohne Gefahr gehen kann. Bis Mitte 1901 wurde Pat. mit den verschiedensten Mitteln behandelt, immer ohne Erfolg. Juni 1901 Beginn der Gelatinecur — pro Tag 200 g einer 10 $\frac{0}{0}$ igen Lösung mit etwas Himbeer- oder Citronensaft — 6 Monate lang, bis Ende December 1901. Wurde durchweg sehr gut vertragen. Erfolg jetzt bald 1 Jahr nach Beginn der Cur ein sehr guter. Pat. macht jetzt längere Spaziergänge und ist fast den ganzen Tag auf den Beinen, hat seit 4 Monaten kein Nasenbluten gehabt, hat in den letzten Monaten mehrere Zähne ohne erhebliche B. verloren, blieb seit Ende 1901 frei von Gelenkblutungen und bekommt nach äusseren Insulten nicht mehr so ausgedehnte

Ekchymosen wie früher. Die Anaemie hat sich, gleich dem Allgemeinbefinden und Ernährungszustand, wesentlich gebessert. Dieser Erfolg ist zweifellos der Gelatinecur zuzuschreiben, und zwar der consequenten, da eine kurz vorher eingeleitete nur 4 wöchentliche Cur keinerlei Besserung gebracht hatte. Anfang April begann Autor nochmals eine Cur, die er wieder auf 6 Monate ausdehnen will.

(Die Therapie der Gegenwart 1902 No. 9.)

- Einen **Beitrag zur Gelatinebehandlung der Melaena neonatorum** liefert Dr. E. Fuhrmann (St. Petersburg, Alexandra-Stift). Es handelte sich um drei Fälle von Melaena vera (idiopathica). Der eine kam trotz Gelatinebehandlung zum Exitus, die beiden anderen wurden aber geheilt durch 1—2malige Injection einer 2⁰/₀igen, mittelst physiol. Kochsalzlösung hergestellten Gelatinelösung, von der jedesmal je 20—25 ccm an der Leisten- oder (besser) zwischen den Schulterblättern subcutan eingeführt wurden. Wenn man *möglichst früh* diese Behandlung einleitet und nicht zu geringe Mengen Gelatinelösung einverleibt, dürfte bei Behandlung der Melaena mancher Erfolg zu erzielen sein.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 35.)

- Die **Behandlung innerer B. mit Ergotin-Chinin** hat Dr. A. Hecht (Beuthen O.-Schl.) schon früher empfohlen in Form der Pillen von Huchard (1) oder von Eklund (2):

1.

Rp. Ergotin.
Chinin. sulfur. \overline{aa} 2,0
Pulv. fol. Digital.
Extr. Hyoscyam. \overline{aa} 0,2
Mfpill. No. 20
S. 5—8—10 Pillen tägl.

2.

Rp. Ergotin. 2,0
Chinin. sulf. 4,0
Mfpill. No. 40
S. 3mal tägl. 2 Pill. zu nehmen.

Dass in dieser Combination dem *Chinin* eine nicht zu geringe Rolle zukommt, bestätigen die Untersuchungen von Marx, der mit folgender örtlich applicirter Lösung im Stande war, parenchymatöse B. prompt zu stillen:

Rp. Chinin. mur. 5,0
Spirit. rectific. 15,0
Aq. dest. ad 500,0

Hecht hat eine 3%ige Lösung bei starken B., wie sie bei Operationen in der Nase nach Polypenextraktionen und dergl. auftreten, mit bestem Erfolge angewandt. Wenn er trotzdem bei inneren B. weiter bei der Combination Ergotin-Chinin bleibt, so geschieht dies darum, weil diese sich ihm stets bestens bewährt hat, in letzter Zeit wieder mehrfach bei schweren Lungenblutungen, bei habitueller Epistaxis u. s. w. Sie auch bei Affectionen anzuwenden, die mit B. einhergehen, hatte er bisher keine Gelegenheit, doch werden in der Gerhardt'schen Klinik in Berlin bei Purpura haemorrhagica Chinin-Ergotinpillen verordnet. Da Chinin wehenerregend wirkt, dürfte die Combination auch dem Geburtshelfer erspriessliche Dienste leisten.

(Die Therapie der Gegenwart 1902 No. 9.)

Decubitus. Eine neue, sehr zweckmässige Unterlage von S.-R. Dr. Sträter (Marienhospital Düsseldorf). Sie besteht aus einer 10 cm breiten und 12 cm langen Filzunterlage, die eine Oeffnung von 4 cm Durchmesser hat und auf der oberen Fläche mit Klebstoff versehen ist, vermittelt dessen sie am Körper fest anhaftet, jede Bewegung des Pat. mitmacht und so die schmerzhaft oder wundete Stelle in jeder Lage vor Druck schützt. Die sechs Monate lang fortgesetzten Versuche zeigten, dass die Schutzplatte in jeder Weise ihren Zweck erfüllt. Nach Anlage derselben ist der Schmerz sofort verschwunden. Ohne jede weitere Medication wird die hochrothe, secernirende durchgelegene Hautstelle innerhalb 24 Stunden blassroth; nach weiteren 24 Stunden hat sie sich in einen Schorf verwandelt. Der trockene Schorf lässt sich nach 5—6 Tagen entfernen, die Haut erscheint normal. Man lässt die Schutzplatte aber besser noch etwas länger liegen oder, falls sie inzwischen zu locker geworden ist (starke Schweisssecretion!), ersetzt man sie durch eine neue. Es hat sich als praktisch erwiesen, die Oeffnung in der Schutzplatte excentrisch anzulegen, so am Kreuzbein, Trochanter, Vertebra colli prominens. Die Schutzplatte*) bereitet dem

*) Hergestellt vom „Medicin. Ein- und Ausfuhrhaus“ (Hochdahl-Düsseldorf).

Pat. keinerlei Unbequemlichkeiten, er fühlt sie kaum; die Klebemasse reizt die Haut nicht.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 35.)

- Einen **Vorschlag zum bequemen Aufblasen von Luftkissen** macht Dr. Landgraf (Bayreuth). Man ersetze das Ventil durch ein solches, wie es bei den Luftreifen der Fahrräder gebräuchlich ist, und das man für wenig Geld in jeder Fahrradhandlung bekommt. Dann kann man die Füllung mit einer Fahrradluftpumpe sauber, bequem und angenehm für den Pat. vornehmen, der ruhig liegen bleiben kann. Das Verfahren lässt sich auch bei jedem älteren Kissen anwenden resp. improvisiren. Noch bequemer wäre es freilich, wenn künftig nur Luftkissen in den Handel gebracht würden, deren Ventile mit dem Normalgewinde der Fahrradreifen versehen sind, da wohl auch im kleinsten Orte eine Luftpumpe aufzutreiben ist.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 34.)

Diabetes. Zur **traumatischen Zuckerharnruhr** erzählt Dr. Schmidt (Heilanstalt von Prof. Thiem) einen Fall, welcher zeigt, dass sich oft bei genauerer Erforschung der Anamnese ergibt, dass die *periphere Verletzung* nicht allein für die nach dem Unfall eintretende Zuckerharnruhr in Frage kommt und ihre Bedeutung für das Auftreten des D. mehr als zweifelhaft wird. Ein 25jähr. Schlosser erlitt einen schweren offenen Unterschenkelbruch durch Sturz von einer Leiter. Bei der Aufnahme liess sich sonst nichts Krankhaftes feststellen. Dagegen zeigte der Harn unmittelbar nach der Aufnahme einen Zuckergehalt von 1% und einen geringen Eiweissgehalt. Der Zuckergehalt hielt fast 4 Wochen an und schwand dann wieder dauernd. Bei genauerer Erkundigung des Unfalls stellte sich heraus, dass Pat. bei dem Falle mit dem Kopf aufgeschlagen war, ohne sich eine äussere Verletzung am Kopf zugezogen zu haben. Er war für einen Augenblick etwas betäubt, aber nicht bewusstlos gewesen. Auch zeigten sich bei der Aufnahme gar keine Zeichen einer Gehirnerschütterung mehr. Ohne die genaue Nachforschung hätte man leicht geneigt sein können, den D. als Folge der peripheren Verletzung zu betrachten, während in Wirklichkeit doch die Kopfverletzung das ursächliche Moment gewesen sein wird. Bei genauer Berücksichtigung des Hergangs der Verletzung wird die Zahl der Fälle von D., welche allein durch periphere Verletzungen entstanden sein sollen, jedenfalls sehr verringert werden. (Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1902 No. 8.)

- Ueber **Glykosurie und Tabes** lässt sich Dr. E. Meyer (Allgemeines Krankenhaus Hamburg-Eppendorf) aus, mit Beziehung auf einen selbst erlebten Fall. Die Verbindung von Tabes und D. erregt schon seit langer Zeit besonderes Interesse. Beide können in zweifacher Beziehung zu einander stehen. Auf Grund eines bestehenden D. können sich secundär nervöse Störungen etabliren, die durch ihre Localisation in den Hintersträngen oder als Polyneuritis tabesähnliche Krankheitsbilder vortäuschen können. Oder es hat eine bestehende Tabes Glykosurie zur Folge, was gedeutet wird von einigen als Uebergreifen des tabischen Processes auf den Boden des IV. Ventrikels. Naunyn erklärt die Zuckerausscheidung bei den Erkrankungen der nervösen Centralorgane so, dass er — analog dem motorischen — ein nutritives und secretorisches Neuron supplirt, das — wie jenes mit dem Muskel — mit einer secretirenden oder trophisch wirksamen (Pankreas-, Leber- u. s. w.) Zelle in Verbindung steht und dessen Alteration sich in einer anormalen Thätigkeit dieser Zelle äussert. Des Weiteren redet Naunyn einer Prädisposition das Wort, zu der sich das auslösende Moment (also die Tabes event.) gesellen müsse, um diesen „organischen“ D. zu erzeugen; was jedes dieser Momente für sich allein nicht leisten könne, vermöge vielleicht ihre Vereinigung. Damit will er die Thatsache erklären, dass bei der grossen Verbreitung der Tabes in relativ wenig Fällen sich eine Zuckerausscheidung im Urin nachweisen lässt. Um der Lösung dieser Fragen näher zu treten, hat ja Strauss Versuche gemacht über die Auslösbarkeit alimentärer Glykosurie bei Tabikern, indem er von dem Gedanken ausging, dass durch Darreichung von Traubenzucker eine event. latente Disposition zum D. bei einer bestimmten Krankheitsgruppe offenbar werden musste, d. h. ob für diesen Krankheitstypus eine Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Traubenzucker charakteristisch sei. Unter 40 Tabikern liess sich nun nur ein einziges Mal alimentäre Glykosurie auslösen, und dieser Pat. war mit D. schwer belastet. Daher glaubt Strauss der Tabes als solcher keinen wesentlichen Einfluss auf die Zuckerausscheidung beimessen zu dürfen, und weist, gleich Naunyn, vielmehr auf die hohe Bedeutung der Heredität und Prädisposition hin. Er erinnert an den Einfluss, den eine schwere Neurasthenie für das Zustandekommen einer Glykosurie hat, und an die Thatsache, dass sehr viele Tabiker gleichzeitig Neurastheniker sind, und rechnet in den Fällen anam-

nestischer Syphilis mit der Möglichkeit einerluetischen Erkrankung des Pankreas oder der zuleitenden Nerven. Er kommt — für Tabesfälle ohne Bulbuserscheinungen — zu dem Schluss, dass „das Auftreten von Glykosurie bei Tabischen sich erklären lasse, ohne dass man den eigentlichen tabischen Process an sich für die Glykosurie verantwortlich machen muss“. In Fällen mit Ergriffensein des Bulbus giebt er die Möglichkeit einer Erkrankung am Boden des IV. Ventrikels zu. Einen einschlägigen Fall hatte nun Meyer zu beobachten Gelegenheit. Pat. wusste von seiner Tabes nichts, diese stellte sich erst bei der Untersuchung heraus, er kam wegen diabetischer Beschwerden. 5% Zuckergehalt. Strenge Zuckerdiät, bei dieser Ernährung Anfangs 6%, nach 5 Wochen 4,8%. Von nun an gemischte Kost; dabei ungefähr die gleiche Zuckermenge wie bei antidiabetischer Kost. Nachdem Pat. 10 Wochen gemischte Kost genossen, 4% Zucker. Darreichung von 100 g Traubenzucker; im Urin dann 4,6% Zucker. Nochmals Versuch mit strenger Zuckerdiät; weiter 4—5% Zucker. Darf man hier die Glykosurie als von der Tabes abhängig betrachten? War die Tabes das Primäre? Autor glaubt, dies bejahen zu müssen. Zweifellos lag hier die echte Tabes vor und kein tabesähnliches Pseudobild. Die Zuckerausscheidung aber blieb im Wesentlichen gleich, ohne Einfluss der Ernährung, des Fernhaltens oder reichlichen Darreichens von Kohlehydraten. Es handelte sich also kaum um eine genuine Stoffwechselerkrankung, sondern die Zuckerausscheidung musste von einer Stelle reguliert werden, die diätetischen Beeinflussungen nicht zugänglich ist. Anamnestisch liess sich Lues nicht nachweisen, auch fanden sich objectiv keinerlei Zeichen von Syphilis; die Glykosurie ist hier also nicht auf dem Boden einer Lues, sondern einer Tabes aufgetreten. Im Bilde einer Tabes aber sind ganz gewöhnlich cerebrale Kernerkrankungen, die in Meyer's Falle ganz einwandfrei sich in einer Abducensparese documentirten. Diese Affectionen stellen sich dar als primäre Degenerationen einer physiologisch zusammengehörenden Ganglienzellengruppe, und eine solche nehmen wir zur Erklärung der Glykosurie an in dem Claude Bernard'schen Centrum am Boden des IV. Ventrikels und setzen sie analog der Erkrankung des Abducenskernes. Auch Oppenheim, Naunyn u. A. halten bei Tabesfällen mit Bulbussymptomen eine solche Auffassung für zulässig, und Weichselbaum hat in einem Falle von D. multiple Sklerose des Gehirns

und Rückenmarks, speciell 2 Herde in der Rautengrube gefunden. Nach alledem ist der Schluss berechtigt, dass *in obigem Tabesfall mit Bulbuserkrankung die Glykosurie als symptomatischer Ausdruck einer tabischen Kernaffectio am Boden des IV. Ventrikels aufzufassen ist*, dass es sich also gewissermaassen um eine tabische Piqure handelt.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 37.)

Ekzem. Onychoschisis als Folge von E. beobachtete Dr. W.

Wechselmann (Berlin) am 8. III. 1902 bei einem Porträtmaler, der im October 1901 eine Entzündung der Finger gehabt hatte, welche sich durch Röthung und Jucken charakterisirte, aber nicht nässte und in wenigen Tagen unter horniger Verdickung der Epidermis, die sich langsam abstiess, heilte. Diese Entzündung soll sich mehrmals wiederholt haben. Seit 4—6 Wochen bildete sich eine Affectio der Nägel des Daumens, des 2., 3. und 4. Fingers der rechten Hand aus. Diese zeigen am freien Nagelrand, welcher weiter als normal durch eine grauschwärzliche, bröcklige Masse vom Hyponychium abgehoben ist, schmutzigschwärzliche Verfärbungen, welche den seine Hand peinlich pflegenden Pat. wegen des Eindrucks von Nagelschmutz, den sie hervorbringen, sehr stören. Besonders stark tritt diese Verfärbung am Nagel des 2. Fingers hervor, welcher in mehr als $\frac{1}{3}$ seines distalen Theils verdickt, stumpf, schwarz verfärbt ist, und dessen entarteter Theil in 2 Lamellen gespalten ist, zwischen die man ein Kartenblatt legen kann; es würde der Längsschnitt des Nagels eine Y-förmige Figur mit einem dem Nagelbett anliegenden unteren und einem freien oberen Schenkel darstellen. Nirgends Querfurchenbildung. Haut der rechten Fingerspitzen, besonders der Fingerbeeren (viel weniger der linken) zeigt die obersten Epidermisschichten bräunlich verfärbt, glatt, trocken, hornig, der Unterlage sehr fest anhaftend, — tyloisches E. mit subungualer Hyperkeratose. Durch diese Veränderung, welche auch das Hyponychium und die untere Fläche der Nägel betrifft, erklärt sich die Schwarzfärbung dieser. Untersuchung auf Trichophyten resultatlos. Unter reichlichen Handbädern mit grüner Seife und Verbänden mit Ung. plumbi vaselin. Heilung, sodass jetzt im Juni sich selbst an dem am schwersten betroffenen Nagel nur noch eine Verdickung des freien Randes und stärkere Entwicklung der Längsleisten nachweisen lässt. Autor möchte die Affectio, die zweifellos als Folge von

recidivirendem localisirtem E. mit Ausgang in Tylosität und subungualer Hyperkeratose aufzufassen ist, als *Onychoschisis lamellina* bezeichnen,

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1902 Bd. 35 No. 5.)

- **Heissenes Wasser** ist nach L. Gokieloff ein vortreffliches Mittel zur Behandlung jedes acuten E., das durch locale Wirkung reizender Stoffe, speciell *antiseptischer Substanzen*, entstanden ist. Der befallene Theil wird in das Wasser, das so heiss sein muss, wie es nur vertragen wird, mehrmals hintereinander für kurze Zeit eingetaucht. Das Jucken hört bald auf, es schwinden sehr bald die Entzündungserscheinungen und schnellstens erfolgt Abheilung. Frühzeitig angewandt, wirkt dies Verfahren bisweilen direct abortiv.

(Berichte der kaukasischen med. Gesellschaft. — Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 35.)

- Das **interdigitale E. des Fusses** ist nach Weliamowitsch eine recht peinliche und den gewöhnlichen Mitteln gegenüber äusserst refractäre Erkrankung. Sie kommt vor bei Pat., die absolut nicht an Fusschweiss leiden, entwickelt sich jedoch meist in der heissen Jahreszeit. Eine Interdigitalfalte am Fusse, welche bis dahin ganz trocken und gesund aussah, röthet sich plötzlich und wird stark pruriginös. 12—24 Stunden später entsteht dort eine seröse Exsudation; die Haut wird macerirt und bedeckt sich mit sehr schmerzhaften Fissuren; das starke Jucken macht Schlafen, die lebhaften Schmerzen das Gehen oft unmöglich. Gegen dies Leiden fand nun Autor sehr wirksam das *Tannoform*, das mehrmals täglich verdünnt (1 Th. zu 4 Th. eines indifferenten Pulvers) applicirt wird und die Affection in 3—4 Tagen zum Verschwinden bringt.

(Medizinskóje Obosrenije 1902 No. 9. — Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 35.)

- Ueber die **Heilung vernachlässigter und scrophulöser Exantheme und Ekzeme mit Lenigallolpaste** berichtet Dr. W. Nic. Clemm (Darmstadt). Er wandte die von Kromayer angegebene 20⁰/₁₀ige Lenigallol-Zinkpaste, die er sich aus dem Handmuster der Firma Knoll & Co. mit *Vasoval* (von Bohny, Hollinger & Co., Basel) selbst bereitet hatte, zum 1. Mal vor 2¹/₂ Jahren bei einem scrophulösen Kopfekeem eines 4jährigen Mädchens an; das subacute E. hatte der Hebra-Salbe widerstanden, während es einem 2—3tägigen Verbande mit messerrückendick aufgetragener Lenigallolpaste wich.

Dann wirkte diese Paste weiter prompt auf ein Ekzema keratodes pedis bei einem Friseur ein, das zu einer monströsen Elephantiasis der einen grossen Zehe geführt und jeder Therapie Hohn gesprochen hatte. Als 3. Fall sah Autor bei einem 4jährigen stark scrophulösen Mädchen ein über den ganzen Stamm und die unteren Extremitäten verbreitetes, an Füssen und Unterschenkeln in zahlreiche grössere Ulcerationen übergegangenes E. Autor legte 20%ige Lenigallolpaste messerrückendick über die ganze ergriffene Hautdecke und fixirte sie mit Verband. Am 3. Tage wurde letzterer entfernt, die Paste beseitigt und bereits Abheilung der frischen Stellen constatirt; Application derselben Paste zum Dauerverband, nach dem 5. Tage völlig reine Haut. Bei einem scrophulösen E. im Gesicht und der behaarten Kopfhaut eines 7 Monate alten Kindes, das vorher jeder Therapie gespottet, nach 4maligem Anlegen eines 3tägigen Verbandes, also in nicht ganz 2 Wochen, vollständige Abheilung. Bei einem intertriginösen E. unter beiden Armen bei einer noch deutliche Zeichen von Scrophulose zeigenden Dame mit sehr zarter Haut wurde 20%ige Lenigallolvasovalpaste auf 2 Tage durch Watteverband fixirt; ein 2. Pastenverband blieb nur 1 Tag liegen, da die Affection fast abgeheilt war.

(Wiener klin. Rundschau 1902 No. 36).

- Bei **Behandlung des Säuglingsekzems** sah Dr. Strauss (Krefeld) sehr gute Erfolge von 2mal täglicher Auftragung von:

Rp. Zinc. oxyd.
Terr. silic. aa 10,0
Naftalan 25,0

Bei starkem Juckreiz ist Zusatz von 10—20% Bromocoll empfehlenswerth.

(Jahrbuch f. Kinderheilkd. 1902 Bd. 56 Heft 3.)

Epilepsie. Kothbrechen während des Status epilepticus

beobachtete Dr. H. Götze (vgl. Pflegeanstalt Colditz); 51jähr. Frau, seit der Pubertät mit E. behaftet und schon 19 Jahre in Anstalten untergebracht. Am 21. IV. 97, nach vorherigem völligen Wohlbefinden, Nachmittags mehrere heftige epileptische Anfälle, darauf Status epilepticus. Während desselben, um 9 Uhr Abends, mehrmals Erbrechen äusserst fäculent riechender, mit braunen Kothbröckeln untermischter Massen. Von 10 Uhr ab keine Anfälle, kein Erbrechen mehr. Wiederholung am 8. IX. 97.

Der Status epilepticus dauerte von Nachmittags 6 Uhr bis Abends 9 Uhr, am Ende desselben abermals Kothbrechen. Zum 3. Male trat am 29. VIII. 99 während eines von Nachmittag 4 Uhr bis Abends 8 Uhr dauernden Status wieder vor Aufhören des Krampfstadiums Erbrechen kothiger Massen ein. Dagegen kam es bei mehrmaligem Auftreten eines Status von kurzer Dauer und geringer Intensität nicht zum Kothbrechen. In der übrigen Zeit Pat. vollständig frei von krankhaften Symptomen des gastrointestinalen Tractus, auch vor und nach den 3 Attacken von Kothbrechen Darmfunctionen völlig normal. Nie Koprophagie. Man muss hier wohl, obwohl bisher eine derartige Complication der E. nicht vorgekommen ist, das Kothbrechen als Symptom des schweren epileptischen Krampfzustandes auffassen und die Sache so erklären, dass sich *die Darmmuskulatur in ähnlicher Weise wie die Körpermuskulatur an den Krämpfen betheiligt und durch spastische Contractionen von Darmtheilen ein Darmverschluss erzeugt wird, ein Ileus spasticus zustande kommt.* Diese Annahme wird bestätigt durch neuere Untersuchungen von Ossipow, durch die festgestellt wurde, dass auch die glatte Darmmuskulatur während des epileptischen Anfalles in heftige Contractionen geräth.

(Neurolog. Centralblatt 1902 No. 12.)

- Zur **diätetischen Behandlung der E.** macht Dr. H. Schnitzer (Kückenmühler Anstalten zu Stettin) einige Mittheilungen. Vor einiger Zeit hat ja Bálint berichtet über eine diätetische Behandlungsmethode der E., welche eine Modification des von Toulouse und Richet angegebenen Verfahrens darstellt. Während diese unter Darreichung von 2—4 g Bromnatrium pro die gewöhnliche Kost mit möglichst geringem Kochsalzgehalt verordneten, setzte Bálint die Nahrung so zusammen, dass der Gesamtgehalt an Kochsalz in 24 Stunden etwa 2 g betrug, ausserdem verabreichte er täglich 3 g Bromnatrium, welches er an Stelle des Kochsalzes im Brote verbacken liess. Die Erfolge waren so überraschend günstige, dass Schnitzer sich entschloss, die Behandlung mit chlorarmer Kost auch in seiner Epileptiker-Anstalt in Anwendung zu ziehen, und zwar bei 16 weiblichen Pat. mit genuiner E., deren Beginn schon aus frühester Kindheit oder aus der Pubertät datirte. Die Pat. erhielten pro Kopf täglich $1\frac{1}{2}$ l Milch, 50 g Butter, 3 Eier (ungesalzen), 400 g Brot und ausserdem Obst, roh oder eingemacht oder in Form von Obst-

suppen; ins Brot war Bromnatrium statt Kochsalz eingebacken, und zwar so, dass davon 3 g auf die Tagesmenge Brot (400 g) kamen. Diese Nahrungsmenge kann als vollkommen ausreichend bezeichnet werden, ja sie überstieg meist die Bedürfnisse erheblich, und wurden, abgesehen von einer Pat., Gewichtszunahmen von 2—13 Pfund erzielt. Die Dauer der Versuche betrug 42 Tage. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um Pat., die schon Jahre lang in der Anstalt waren und geraume Zeit mit Brom behandelt wurden. Die epileptischen Anfälle traten bei 3 Pat. in leichter Form, bei 3 in vorwiegend leichter Form, bei 4 in vorwiegend schwerer Form, bei 6 durchweg in schwerer Form auf. Die Häufigkeit war in den meisten Fällen so gross, dass fast täglich 1 oder mehrere zu verzeichnen waren. In allen Fällen war es bereits zu mehr oder minder stark ausgesprochenen geistigen Schwächezuständen gekommen. Der Erfolg der Behandlung war für die Mehrzahl der Fälle ein erheblicher zu nennen. 2 Pat. blieben während der ganzen Versuchsperiode anfallsfrei, bei 2 trat nur im Beginn je 1 Anfall auf, bei einer 5. Pat., die stets schwere Anfälle gehabt, setzten ebenfalls im Beginne 2 leichte Anfälle ein, dann sistirten sie ganz; eine 6. Pat., die sonst fast täglich Anfälle hatte, hatte in den 42 Tagen nur 4 leichtere und kürzere Anfälle; bei 6 Pat. häuften sich die Anfälle in den ersten 3—6 Tagen, dann wurden für die ganze übrige Zeit nur 1—4 Anfälle beobachtet, fast durchweg leichter Natur; 2 Pat. hatten nur für die letzten 14 Tage Abnahme der Anfälle zu verzeichnen, 2 Pat. überhaupt keine. 4 Pat. zeigten während der Versuchsperiode auffallend erhöhte Reizbarkeit; in keinem Falle Besserung des geistigen Zustandes. Es wurden also erzielt: 2mal gänzlichcs Ausbleiben der Anfälle, 10mal sehr wesentliche, 2mal unerhebliche Verminderung derselben; 2mal kein Effect. Bei den meisten Pat. wurde ferner die Intensität der Anfälle bedeutend herabgesetzt, fand eine Transformation derselben statt: die bis dahin schweren Krampfstände gingen in leichte Muskelzuckungen kurzer Dauer über; einzelnen Pat., die sonst in der Regel hinfielen, wenn sie vom Anfall überrascht wurden, gelang es, sich bei solch leichten Insulten aufrecht zu erhalten. In Uebereinstimmung mit Bálint konnte Autor bei Rückkehr zu der gewöhnlichen kochsalzreichen Nahrung auch das Wiederauftreten zahlreicher Anfälle für die Majorität der Pat. feststellen, doch waren 4 Pat. noch 14 Tage nach Aussetzen der chlorarmen

Diaet anfallsfrei. Ob sich die Kochsalzentziehung, selbst wenn man sich der sehr empfehlenswerthen Modification von Bálint bedient, auf Monate hindurch anwenden lässt, ist zweifelhaft. Aber da schon eine kurzdauernde Anwendung erhebliche Besserung hervorruft, so würde es vielleicht von Nutzen sein, wenn man bei E. von Zeit zu Zeit eine 6—8 wöchentliche Periode einschaltet, in der die Pat. nach Bálint behandelt werden.

(Neurolog. Centralblatt 1902 No. 17.)

- Die **günstige Wirkung fieberhafter Processe auf E.** illustriren 2 von J. M. Krim (Louisville) beobachtete Fälle. Von den beiden, jetzt im Pubertätsalter stehenden Pat. hat die eine nach einer Cerebrospinalmeningitis, der andere nach einer Schädelverletzung epileptische Anfälle zurückbehalten. Das Mädchen war zur Zeit der Erkrankung 5 Jahre, der Knabe 7 Jahre alt. Trotz sorgfältigster Behandlung (namentlich Brom) sistirten die Anfälle nicht dauernd. Da trat bei dem 1. Fall eine schwere, mit hohem Fieber und heftigen Allgemeinerscheinungen einhergehende Phlegmone ein, nach deren Heilung Pat. (seit 3 Jahren) keinen Insult mehr hatte. Dasselbe ist der Fall beim 2. Fall, seitdem (vor 4 Jahren) Pat. Typhus überstand.

(Pediatrics 1902 No. 1. — Neurolog. Centralbl. 1902 No. 17.)

Gonorrhoe. Einen **Fall von gonorrhöischer Rückenmarkserkrankung mit seltener Localisation** beobachtete Dr. Herzog (Mainz). Ein Mädchen, durch den 1. Coitus mit einem „Katarrh“ behaftet und gravide geworden, bekommt nach wenigen Wochen Zeichen einer Blasen- und Mastdarm lähmung, sowie Gehstörungen, die sich nach dem Wochenbett erheblich steigern; es stellen sich leichte sensible Reizerscheinungen und Paraesthesien in den unteren Extremitäten ein. Zunächst bleibt der subjective Befund stationär, dann erfährt er noch eine Verschlimmerung durch Zunahme der Sensibilitätsstörungen am Rumpfe, Paraesthesien an den oberen Extremitäten, leichte Schmerzen in den Beinen, um sich erst nach Monaten, ca. 1½ Jahre nach Beginn der Krankheit, mit Bezug auf die wichtigste, die Gehstörung, zu bessern. Objectiv: unsicherer Gang, anfänglich starker Romberg, Westphal; Incontinentia vesicae et alvi; später Ataxie der unteren Extremitäten; zuletzt Besserung des Ganges, der Gleichgewichtsstörungen, der Blasen- und Mastdarmstörungen. Objectiver Befund wenig verändert, aber besser. Autor dachte zuerst an Myelo-

meningitis syphilitica, zumal das Kind einige Wochen nach der Geburt gestorben sein sollte. Schmiercur ohne jeden Effect. Dies, sowie der später erhobene Beweis, dass jenes Kind gesund geboren worden sei, stiess den Verdacht um. Als dann noch klinisch Zeichen einer G. hervortraten, der weitere gutartige Verlauf, die langsame spontane Besserung in Betracht gezogen wurde und die Entwicklung einer Myelitis gonorrhoeica gewöhnlich ähnlich wie hier stattfindet, war die Diagnose klargestellt. Was nun den Sitz der Affection anlangt, so war ein grösserer oder mehrere kleine Herde in den hinteren Parthieen des Lumbalmarkes sicher (fehlender Patellarreflex, intensive Betheiligung von Blase und Mastdarm, Sensibilitätsstörungen an den unteren Extremitäten). Die Sensibilitätsdefecte am Rumpfe, welche sich während der Beobachtung noch nach oben vergrösserten, die Paraesthesieen an den oberen Extremitäten und die Coordinationsstörungen, welche sich nicht nur in ataktischen Bewegungen der unteren Extremitäten, sondern auch in überaus starkem Romberg kundgaben, machten aber die Annahme weiterer, höher gelegener Herde nothwendig. Es musste sich also um eine *Myelitis disseminata* handeln, welche das Medullarrohr in grosser Längsausdehnung befallen hatte, jedoch auffallender Weise nur in den hinteren Parthieen, speciell den Hintersträngen, derart, dass eine Affection zutande kam, welche klinisch neben einem der „Paraplegia urinaria“ nicht unähnlichen Bilde noch coordinatorische Symptome darbot und so eine gewisse Aehnlichkeit verrieth mit der als acute spinale Ataxie bezeichneten Affection. Herde im Pons und Medulla oblongata, die bei ihr oft beobachtet werden, fehlten aber hier vollständig. Dagegen war hier ausgesprochene Aehnlichkeit mit Tabes vorhanden; nur die oculopupillaren Symptome fehlten, und die Blasen- und Mastdarmstörungen waren zu stark vertreten. Auch die stärkere Betheiligung der motorischen Sphäre, die Eulenburg bei Myelitis gonorrhoeica betont, fehlten hier. Ohne Anamnese hätte man den Fall für Tabes halten können. Denkt man sich, dass er, wie das bei Myelitis disseminata gar nicht selten ist, noch eine Neuritis optica zeigte, die mit leichter Atrophie und träger reflectorischer Pupillenreaction ausheilte, denkt man sich ferner die Pat. mit Zurückbleiben einiger Symptome, wie das jedenfalls der Fall sein wird, gebessert einige Jahre älter, wo dann Anamnese und Verlauf dem Arzte minder klar oder gar entstellt entgegengebracht werden, so dürfte eine Verwechselung kaum zu umgehen sein. Der

Fall mahnt also zur Vorsicht auf dem Gebiete der Aetio-
logie und Diagnose der Tabes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 29.)

— **Ichthargan bei auf G. beruhender Sterilität und Neigung zu Aborten** wandte S.-R. Dr. L. Fürst (Berlin) an, theils wegen des hohen Silbergehaltes dieses Präparates (30 %), theils wegen der für gynaekologische Fälle besonders geeigneten Combination von Arg. und Ichthyol. Die Fälle, in denen der Mann eine von ihm voracquirirte und noch nicht völlig geheilte G. nach seiner Verheirathung auf seine Frau überträgt, sind recht häufig, zahlreich auch die Fälle, wo bisher als unschuldig betrachtete Fälle von Endometritis catarrhalis oder Fluor albus sich bei genauerem Nachforschen als spezifische Katarrhe entpuppen. Kann man auch nur in relativ frischen und acuten Fällen die Diagnose durch Gonokokkenbefund stützen, so sind doch diese Fälle in der Minderzahl gegenüber den chronischen, verschleppten Erkrankungen, bei denen zwar Gonokokken nicht gefunden werden, aber die klinischen Erscheinungen in Verbindung mit der Anamnese an der Virulenz nicht zweifeln lassen. Das dicke, gelbliche, an Streptokokken reiche Secret, welches sich aus der Cervicalhöhle, aus den Recessus der Schleimhäute, aus den Bartholini'schen Drüsen mit leichtem Drucke gewinnen lässt, ist schon in hohem Grade verdächtig. Nimmt man hierzu die meist vorhandene hyperaemische Schwellung der Schleimhaut, die Neigung zu profusen Menses, die Uterincolik, die Auftreibung der Tuben, so ist man gewiss befugt, von G. zu sprechen, und da diese Sterilität oder Aborte veranlasst, eine radicale Behandlung einzuschlagen, bei der man von den höchst gelegenen, erreichbaren Gebieten aus (Fundus uteri und Orific. uterin. tubarum) allmählich abwärts schreitend, die Vertilgung spezifischer Keime vornimmt, ohne allerdings die Gewebe zu schädigen. Zuerst wird die Uterinhöhle mittelst doppelläufigen Uteruskatheters mit 5%iger Ichtharganlösung ausgespült, dann in die Cervicalhöhle ein 5%iges Ichtharganschmelzbougie gelegt, endlich ins Scheidengewölbe ein Tampon, getränkt mit einer Mischung von 2 Theilen 3%iger Alsollösung und 1 Theil Glycerin. Ist Autor der Enthaltsamkeit der Eheleute nicht sicher, so legt er noch mehrere trockene Tampons ein, lediglich um Coitus zu verhindern. Wenn die Urethra mit erkrankt, werden in sie dünne 5%ige Ichtharganschmelzbougies eingelegt. Wird solche Behandlung täglich

fortgesetzt und pflegt Pat. der Ruhe, so ist meist in 2—3 Wochen der direct zugängige Genitalcanal gesund, eine Sterilität oft behoben. Erfolgt Schwangerschaft bei noch nicht völlig beseitigter G., so wird die Behandlung fortgesetzt, allerdings nur bis zum Uterus, und die Genitalien immer wieder controllirt, auch wenn sie von G. frei geworden sind. Autor hat so 9 Fälle behandelt: 3 junge Frauen mit 3—5jähriger Sterilität (alle 3 concipierten nach Radicalheilung der G.), 4 Frauen mit habituellem Abort (2—4 mal) trugen nach völliger Beseitigung der Endometritis gonorrhoeica dann die Frucht aus; 2 Frauen, die bei Gravidität noch nicht frei von virulentem Secret waren und deshalb auch noch während der Schwangerschaft, ohne Schädigung derselben, weiter behandelt wurden, bekamen Kinder ohne Spur von Ophthalmie. Autor schliesst:

1. Für die Behandlung der weiblichen G. eignet sich das Ichthargan wegen seiner, ohne Schädigung der Mucosa erfolgenden baktericiden Wirkung in die Tiefe, selbst in die Recessus der Schleimhäute, in hohem Grade. Es reizt das Endometrium nicht, ist frei von störenden Nebenwirkungen und zuverlässig im Erfolge.

2. Bei gonorrhoeischen Frauen lassen sich Sterilität und Neigung zu habituellem Abort durch systematische Ichthargantherapie unschwer so weit beseitigen, dass Conception und Austragung der Frucht zu erzielen ist.

3. Eine Gravidität bei noch nicht völlig beseitigter G. wird durch eine modificirte Behandlung nicht unterbrochen. Letztere hat im Gegentheil noch den Nutzen, die Wahrscheinlichkeit erheblich zu verringern, dass das neugeborene Kind eine virulente Ophthalmie acquirirt.

(Die Therapie der Gegenwart 1902 No. 9.)

- Einen **Apparat zur Prophylaxe der G. *)** hat Dr. L. Jacobsohn (St. Petersburg) construirt. Derselbe stellt eine dickwandige Röhre aus Thermometerglas von 4 cm Länge dar, deren unteres Ende sich conisch verjüngt und mit einer 0,3—0,4 cm breiten Glasolive endet. 1 cm vom unteren Ende befindet sich eine kugelförmige Erweiterung der Röhre, welche 4 Tropfen fasst; das obere Ende der Röhre aber stellt eine ringförmige Verdickung dar, auf die eine Gummikappe aufgesetzt ist. Die Olive am unteren Ende der Röhre ist ebenfalls durch eine Gummikappe verdeckt, welche vor dem Gebrauche abgenommen wird, worauf

*) Laboratorium A. Reinherz, St. Petersburg.

man die Olive in die Fossa navicularis einführt. Beim Druck auf die obere Kappe fliesst die Flüssigkeit ab, d. h. die in der kugelförmigen Erweiterung des Apparates befindlichen *4 Tropfen einer 20%igen Protargolglycerinlösung* nach Kopp (Protargol. 20,0 tere c. Glycerin. 20,0 adde Aq. dest. tepid. 60,0). Der Hauptvorteil des Apparates besteht darin, dass die Flüssigkeit nur für eine Application reicht, *der Apparat nur ein einziges Mal benützt werden kann*, also nicht selbst event. noch für andere zur Infektionsquelle werden kann. Ausserdem kann nur das bestimmte Quantum der Lösung injicirt werden; durch die Olive ist eine Verletzung ausgeschlossen, durch die kugelförmige Verdickung ein zu tiefes Einführen. Der Apparat ist so klein, dass einige in einem dazu bestimmten Pappetui in der Westentasche unterzubringen sind.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1902 No. 36.)

Lepra. Ueber **Localtherapie** der L. von P. G. Unna [Schluss].

Unwirksam ist diese continuirliche Schmiercur mit reducirenden Mitteln bei den *eigentlichen Cutislepromen*, den Fällen, in denen die Cutis als Ganzes ausnahmsweise einen Prädislocationsort für den Leprabacillus abgiebt, also ihre sonstige Immunität vollständig verloren hat. Die ganze Cutis wird hier in allen Saftspalten diffus von Bacillen durchwachsen, sie wird durchscheinend, gelblich und zu halbkugligen kleinen und grösseren Höckern (Papeln, Tubera) aufgetrieben, die weder mit den diffusen und wulstigen Infiltraten der subcutanen Leprome, noch mit der Flecklepra irgendwelche Aehnlichkeiten haben. Therapeutisch wirken hier am besten *Aetzungen mit kaustischen Alkalien*. Eine solche *Kalischmiercur* bei den echten (oberflächlichen kleinpapulösen und tuberösen) Cutislepromen ist äusserst wirksam. Grundlage derselben bildet folgende kaustische Paste:

Rp. Kal. caustic.
Calcar. ust.
Sapon. vir.
Aq. dest. aa 10,0.

Diese unverdünnte Paste dient nur zur Behandlung der grössten und festesten Leprome. Für die kleineren, herdwiese auftretenden und für die zwischenliegende, relativ gesunde Haut dient folgende Verdünnung:

Rp. Past. caustic. 2,0—5,0
Vaselin. ad 100,0.

Um nun, z. B. im Gesicht, auf den Händen, gleichzeitig gute kosmetische Resultate zu erzielen, verfährt man folgendermaassen: Man behandelt die ganze Region von etwa Handgrösse, die man zur Zeit ätzen will, mit der verdünnten Paste und reibt nur an den Stellen, die stärkerer Wirkung bedürfen, etwas von der unverdünnten Paste hinein. Dann bekommt man eine diffuse, der localen Intensität der Krankheit genau proportionale Aetzwirkung und nachträglich keine entstellenden Keloide. Man trägt die verdünnte und unverdünnte Paste täglich 1 mal so lange auf, bis die Oberhaut sich verfärbt. Die Wirkung der Cur lässt sich verstärken durch grössere Zuthat von unverdünnter Paste, durch länger fortgesetztes Auftragen, endlich durch Bedeckung der eingeriebenen Stellen mit einem impermeablen Wasserdunstverbande (feuchte Watte und Guttaperchapapier). Im Allgemeinen empfiehlt sich die Behandlung mit einer schwächeren Paste und dem impermeablen Dunstverbande überall, wo ausgedehnte Tiefenwirkung erwünscht ist. Auch die Kalischmiercur erfordert die continuirliche innere Darreichung von Salzsäure, um den schädlichen Einfluss des Kali auf Herz und Blutkörperchen aufzuheben. Bestehen Complicationen mit Herzaffectationen, starker Anaemie etc., so wende man lieber Natron an. — Als Unterstützung der Localbehandlung kann man die *Allgemeinbehandlung* in fast keinem Falle entbehren. Am besten wirkt *Chaulmoogra-Oel*, das aber leider oft vom Darmcanal für längere Zeit nicht tolerirt wird. Viel besser wird es tolerirt in Form der keratinirten *Gynocardseifenpillen*, welche Autor durch Verseifung des Oels herstellen lässt und allen Leprösen andauernd und Jahre lang nach Heilung der L. ordinirt, aufsteigend und absteigend, nach Art der Arsenpillen. Auch *heisse Bäder* sind vortheilhaft. Pat. steigt direct in ein Bad von 30° C., worauf man den Heisswasserhahn fortdauernd tröpfeln lässt. So, langsam einschleichend, vertragen manche Pat. 35—40° 10 Minuten und länger. Zusatz von Natron caustic. ist sehr empfehlenswerth, und sind solche *überheisse Natronbäder* sehr wirksam bei allen Formen von Hautlepra. Aber sie greifen bei oftmaliger Wiederholung stark an und bedürfen der Darreichung von Cognac während des Bades und von Salzsäure während der Bädertage. Autor braucht sie zur Unterstützung besonders bei Nervensymptomen (Anaesthesieen, torpide Ulcera) und lieber in Form von Localbädern für die Extremitäten, wo man die Temperatur noch erheblich steigern kann. Zu-

weilen ausserordentlich günstig wirken intercurrente hochgradige Fieber auf viele Leprasymptome ein. Wenn solche Fieberperioden sich spontan im Laufe der Behandlung einstellen, liegt die Ursache meistens in einem rapiden Uebertritt von Bacillen ins Blut von schmelzenden (subcutanen und Lymphdrüsen-) Lepromen. Unter diesen Umständen sind Temperaturen von 40—41° nichts Ungewöhnliches, und Autor beobachtete einmal 42°, ohne dass Exitus eintrat. Es sind besonders Stauungssymptome der unteren Extremitäten und flächenhafte subcutane Infiltrate, die bei diesem Fieber schwinden, und einmal sah Autor auch Aufhellung einer cornealen Trübung bei bestehendem Bacilleninfiltrat des Limbus, wodurch erhebliche Besserung des Sehvermögens bewirkt wurde. Es liegt daher der Versuch nahe genug, *durch künstliche Mittel aseptische hohe Fieber* zu erzeugen, um die schwer angreifbaren Bacillendépôts der Nerven und Augen zu beeinflussen. Autor hat die intravenöse Injection von Muskelsubstanz in Form von Valentine's meat juice dazu benützt. Etwa 20 Minuten nach der Injection stellte sich Schüttelfrost mit starkem Fieber ein, etwa $\frac{3}{4}$ Stunde nach der Injection kehrte Temperatur und Allgemeinbefinden zur Norm zurück. In der Folge waren besonders die vasomotorischen Störungen erheblich gebessert, Appetit und Allgemeinbefinden wesentlich gehoben. Freilich tritt nicht bei allen Leprösen solches Fieber nach den Injectionen auf, ein Effect fehlte dann auch. Zu empfehlen ist ferner *systematische Muskelarbeit*, Gymnastik mit elastischen Gurten vor jeder Mahlzeit; dadurch bessert sich das Allgemeinbefinden, die medicamentöse Resorption der Leprome wird gefördert, der Ausbildung hochgradiger Stauungssymptome entgegengearbeitet.

(Die Therapie der Gegenwart, Juli 1902.)

Pertussis. Cocain kann Dr. Weintraub (Szillen) warm empfehlen. Weissenberg hat 1887 auf das Mittel hingewiesen; er verordnete:

Rp. Cocain. mur. 0,1

Aq. amygd. amar. 10,0

S. Mehrmals tägl. 10—15—20 Tropfen
auf einem harten Stückchen Zucker.

Diese Verordnung bewährte sich auch bei Weintraub vorzüglich, obwohl derselbe bei sehr kleinen Kindern vorsichtiger war, nur 3—4 mal tägl. 1—2—3 Tropfen, je nach 2—3 Tagen 1—2 Tropfen mehr, ordinirte. Sehr bald liessen die Beschwerden seitens des Respirations- und

Digestionsapparates nach, und in überraschend kurzer Frist trat Heilung ein. Man gebe auch kleinsten Kindern die Tropfen ruhig auf hartem Zucker, der langsam im Munde und Schlunde der Kinder zergeht, was wesentlich zu sein scheint.

(Aerztl. Rundschau 1902 No. 17.)

Pneumonie. Ein Ichthyolsalbenverband wird von Dr. Franke

(Löwenberg) seit Jahren bei P. verwendet. Namentlich bei schwächlichen Kindern, die sehr unruhig sind, keinen Schlaf finden, sehr trockenen, schmerzhaften Husten haben, sodass sie jede Nahrung ablehnen, wirkt die Salbe sehr günstig. Sie wird (10%) kleinfingerdick auf Leinwand gestrichen und auf den Rücken applicirt (in 2 Handbreiten). Die bestrichene Leinwand wird vorn auf der Brust gut geschlossen, damit der Verband nicht rutscht. Ueber den Verband werden 2—3 mal täglich feuchte Packungen gemacht, die 1—1½ Stunden liegen. Nach 24 Stunden wird die Salbe erneuert. Nach 2tägiger Behandlung Wirkung deutlich: Unruhe vorüber, Temperatur erheblich gesunken, Husten feucht und nicht mehr schmerzhaft, wieder Appetit vorhanden, der ganze Krankheitsprocess gemildert, oft abgekürzt. Bei Erwachsenen oft gleicher Erfolg. Die Salbe muss mit Sebum festgemacht sein; sie kostet für Kinder 3—4 M.

(Die Therapie der Gegenwart, August 1902.)

— **Creosotal bei P.** ist schon mehrfach warm empfohlen worden, namentlich von amerikan. Aerzten. Es liegen darüber wieder einige Stimmen vor. So hat W. H. Thomson (Roosevelt-Hospital, New-York) sämtliche vom 1. Mai bis 1. Novemb. 1901 in seine Abtheilung aufgenommenen Fälle lobärer P. ausschliesslich mit Creosotal behandelt, darunter 2 Knaben von 10 Jahren, die übrigen zwischen 13 u. 45. Sterblichkeit etwa 5%, ein Erfolg, weit günstiger, als des Autors frühere. Bei 3 schweren Fällen von P. bei Alkoholikern zeigte sich eclatant die Wirksamkeit des Creosotals. Dass letzteres eine specifische Wirkung auf P. ausübt, zeigt sich schon daran, dass ¾ aller Fälle bei dieser Behandlung mit Lysis endet. Autor pflegt 2stündl. 1 g zu geben, also 12 g in 24 Stunden, und zwar meist nach der Formel:

Rp. Creosotal. 15,0
Glycerin. 30,0
Aq. Menth. ad 360,0
S. Esslöffelweise in Wasser.

Auch Andrew H. Smith (Presbyterian-Hospital, New-York) giebt bei P. täglich 7—8 g Creosotal, solange, bis jede Neigung zur Temperatursteigerung geschwunden ist. Solche Dosen tolerirt der Magen sehr gut. Spätestens 24 Stunden nach Beginn der Medication tritt Lysis ein, und zwar enden 90 % der Fälle lytisch, ein Beweis dafür, dass Creosotal die P. stark beeinflusst, dass es das Wachsthum der Pneumokokken und dadurch auch die Bildung des Pneumokokkengiftes derart beeinträchtigt, dass eine starke Ansammlung desselben im Blute gar nicht stattfindet.

(Medic. Record, Febr. u. März 1902.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Das

Accouchement forcé unter Anwendung von Bossi's Dilator führt Prof. Dr. L. Knapp (Deutsche geburts-hüfl. Klinik in Prag) schon seit 2 $\frac{1}{2}$ Jahren in geeigneten Fällen aus und hat damit recht günstige Erfahrungen gemacht. Er will nur zum Beweise seinen jüngsten Fall berichten, weil dieser in Bezug auf die Schnelligkeit, mit welcher die Erweiterung des Muttermundes ohne die geringste Verletzung gelang, beachtenswert erscheint. 38jähr. Vpara mit hochgradiger Phthisis am 11. VII. um 10 $\frac{3}{4}$ Uhr Vormittags eingeliefert, nahezu in extremis. Letzte Menses Mitte November v. J. Seit 1 Stunde Wehen. Schwere Cyanose, hochgradige Dyspnoe, Puls klein, sehr frequent, arhythmisch, ziemlich kräftige Wehen. Fundus 2 Finger oberhalb des Nabels, I. Hinterhauptslage, Querstand in Beckenweite. Muttermund für knapp 3 Finger durchgängig, rechts seitlich sein etwas breiterer Saum durch eine Narbe gegen die Scheidenwand zu verzogen. Da mit Rücksicht auf den bedrohlichen Zustand sofortige Beendigung der Geburt indicirt erscheint, wird um 11 Uhr die Blase gesprengt und nun Bossi's Dilator (mit den Kappen, bei einer Zeigerstellung von 4) eingeführt. Der Muttermundssaum erweist sich zwar als nachgiebig, wird aber bei 5 schon ziemlich straff gespannt. Es wird daher in dieser Stellung ca. 1 $\frac{1}{2}$ Minuten lang verharret und dann wieder vorsichtig weiter gedreht. Unter Vermeidung jeglichen brusken Vorgehens ist trotz Einschaltung nicht zu karg bemessener Pausen die Dilatation um 11 Uhr 7 Minuten bereits bis zum vollständigen Verstrichensein des Muttermundes gediehen (Zeigerstellung 9). Indessen hat die Intensität und Häufigkeit der Wehen erheblich zugenommen. Die Extraction der Frucht mit der Zange beansprucht eine

Zeit von 3 Minuten, sodass die Gesamtdauer der künstlichen Entbindung sich auf genau 10 Minuten beläuft. Frucht frishtodt. Nachgeburtsperiode vollkommen ungestört. Sofort nach der Geburt schwindet die Cyanose, nachdem die Athmung freier geworden ist. Auf Antrag des Gatten am nächsten Tage moribund entlassen. — Es ist hier die Aufschliessung des Muttermundes bis zum vollständigen Verstreichen seiner Ränder in einer Zeit von 7 Minuten gelungen, wobei allerdings schon bei einer Erweiterung desselben auf nahezu 3 Finger mit der Dilatation begonnen wurde. Der Umstand, dass der Ausgang für das Kind in diesem Falle kein günstiger war, kommt wohl erst in zweiter Linie in Betracht und wäre durch die Sectio caesarea auch nicht zu verhüten gewesen, fällt daher dem Verfahren als solchem nicht zur Last. Für die Frau bedeutete die rasche Entbindung auf dem natürlichen Geburtswege jedenfalls einen Erfolg, woran schon die Umgehung der Narkose ihren Antheil hat. Dem naheliegenden Einwand zu begegnen, warum bei einer Erweiterung des Muttermundes auf ca. Guldengrösse die weitere Dilatation desselben nicht mit den Fingern vorgenommen wurde, ist zu bemerken, dass eine so anhaltende Dehnung und rasche Erweiterung des breiten und dicken Saumes durch die blosse Kraft der Hand keinesfalls möglich gewesen wäre. Wo es sich um Minuten handelt, wird man wohl nicht zögern dürfen, zu dem am raschesten zum Ziele führenden Verfahren zu greifen. Damit soll nichts weniger als ein Record geschaffen werden, dessen Ueberschreitung an der lebenden Frau fraglos gefährlich werden müsste, in mortua — normale Beckenverhältnisse vorausgesetzt — dem Kaiserschnitt gegenüber aber wohl möglich wäre. In Anbetracht des Bossi'schen Dilators wird die Eklampsie als eine Anzeige zur Sectio caesarea fernerhin wohl nur für ganz seltene Fälle eine Berechtigung finden, ja der Kaiserschnitt wird sich auch in anderen Fällen, vor allem in Agone und selbst bei plötzlichen Todesfällen Gebärender wesentlich einschränken lassen.

(Centralbl. f. Gynaekologie 1902 No. 35.)

- Den **Kaiserschnitt an einer plötzlich verstorbenen Schwangeren** führte Dr. H. Jungeblodt (Volkmarsen) aus, und zwar mit gutem Erfolge, indem es gelang, trotzdem relativ lange Zeit nach dem Tode der Mutter verflossen war, doch noch ein *lebendes Kind* zu extrahieren. Allerdings handelte es sich nicht um eine nach schwerer Krankheit Verstorbene,

sondern um den *ganz plötzlichen Todesfall* einer 31jähr. Frau, welche, 8 Tage vor der erwarteten Niederkunft, ohne vorher krank gewesen zu sein, mitten in der Arbeit zusammenbrach und in wenigen Secunden eine Leiche war. Nach 6 Minuten war Autor bei derselben, stellte 5 Minuten (erfolglose) Wiederbelebungsversuche an und überzeugte sich, dass das Kind noch lebte. Nochmals 6 Minuten, ehe die Instrumente geholt waren, sodass 17 *Minuten nach dem Tode der Mutter* die Operation begann. Das ausgetragene, 5 Pfund schwere Kind kam tief asphyktisch zur Welt, 20 Minuten Wiederbelebungsversuche brachten Erfolg, und jetzt, nach 22 Tagen erscheint das Kind gesund und normal entwickelt. In solchen Fällen, wie hier, sollte man also nie unterlassen, die Mutter zu entbinden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 38.)

— **Das Bad als Infektionsquelle** beleuchtet Dr. Winternitz (Tübingen). Als Infektionsquelle für Gebärende wurde mehrfach das Badewasser beschuldigt, das in die Scheide eindringe und dadurch eine Quelle der Infection werde. Küstner empfahl auch, dem Wasser ein wirksames Antisepticum zuzusetzen oder während des Bades die Vagina durch Einführen eines antiseptisch imprägnirten Tampons gegen die Invasion von Keimen zu schützen. Es scheint ja allerdings a priori nicht unmöglich zu sein, dass besonders bei Mehrgebärenden mit weit klaffendem Introitus während des Badens Wasser in die Scheide eindringt, jedoch musste dies auch durch Experimente bewiesen werden. Solche hat nun Autor in ganz verschiedener Weise, um sicher zu gehen, angestellt, und kam zu dem Ergebniss, dass, selbst bei Mehrgebärenden nicht, ein Eindringen in die Scheide stattfindet. Trotzdem muss man freilich beim Baden von Kreissenden bestimmte hygienische Maassregeln beachten, um das Bad als Infektionsquelle auszuschalten, das ja als ein Theil der Vorbereitungen für die Geburt angesehen werden muss. Man kann nun vor allem, wie sich Autor ebenfalls durch ausgedehnte Versuche überzeugte, glücklicherweise eine passende Badewanne im bakteriologischen Sinne rein machen. Wurde eine Kupferbadewanne gründlich gereinigt und im Anschluss an die grobe mechanische Reinigung mit Spiritus ausgerieben, und würden alsdann die Spiritusreste durch fliessendes Wasser möglichst entfernt, so zeigte die bakteriologische Untersuchung, dass die Wanne steril war. Das Badewasser war ebenfalls in vielen Fällen merkwürdigerweise vollkommen steril, ob-

gleich das kalte Wasser einen geringen Keimgehalt zeigte. Das der Heisswasserleitung entnommene Wasser war immer steril. Nach jedem Bade dagegen sind in den mit Badewasser geimpften Platten eine grosse Anzahl verschiedenartiger Keime gewachsen, auch wenn ein und dieselbe Schwangere 8 Tage hindurch täglich oder sogar 2 mal täglich gebadet wurde. Da durch Kreissende selbst das vorher keimfreie Badewasser mit Bakterien verunreinigt wird, und da diese Keime mit den äusseren Genitalien in Berührung kommen, so empfiehlt es sich doch, bei Kreissenden nach jedem Bade die äusseren Genitalien zu desinficiren, denn das Bad allein genügt für die aseptische Vorbereitung nicht. Aus demselben Grunde muss vor und nach jedem Bade die Wanne gereinigt und desinficirt werden, was schnell und sicher durch Ausreiben mit Spiritus geschehen kann. Um das Bad endlich auch fernerhin als eine sehr zweckmässige Reinigungsart beibehalten zu können, muss man darauf achten, dass dasselbe Bad immer nur 1 mal benützt wird; das ist namentlich dann am Platze, wenn es sich um Kreissende mit eiternden Wunden handelt. Zusammengefasst:

1. Das Eindringen des Badewassers in die Scheide konnte nicht nachgewiesen werden.
2. Da beim Baden sehr viel Keime vom Körper abgegeben werden und ins Badewasser gelangen, so ist es rathsam, nur solche Wannen zu benützen, die gut gereinigt und desinficirt werden können.
3. Ein Bad soll nur 1 mal, auch für dieselbe Kreissende, benützt werden.
4. Nach jedem Bade sollen, besonders vor der inneren Untersuchung, die äusseren Genitalien desinficirt werden.
5. Werden diese Vorsichtsmaassregeln eingehalten, so ist das Bad nicht als Infectionsquelle zu fürchten. Wir wollen daher das Baden unter den Vorbereitungen für die Geburt nicht missen.

(Therap. Monatshefte 1902 No. 9.)

Tabes. Zur Symptomatologie der beginnenden T. unter specieller Berücksichtigung der Augensymptome von Privatdoc. Dr. Mann in Breslau (Forts.). Die 2. Gruppe der Augensymptome bilden die *Lähmungen der äusseren Augenmuskeln*. Autor fand sie nur in 30 $\frac{0}{10}$ der Fälle, es kommt ihnen also bei weitem nicht eine solche Constanz zu, wie der reflectorischen Pupillenstarre. Aber auch sie sind ein ausserordentlich früh auftretendes Symptom, sodass

sie oft schon die Diagnose der T. im allerersten Stadium ermöglichen. Wir hören nicht selten von Tabeskranken, die wir in einem frühen, eben gerade diagnosticirbaren Stadium zur Untersuchung bekommen, die Angabe, dass sie vor vielen Jahren, vor 5—6 und länger, einmal an Doppeltsehen gelitten haben, das in wenigen Wochen vorübergegangen ist. Nachher haben sich die Pat. wieder Jahre lang vollkommen wohl gefühlt und nicht die geringste Empfindung davon gehabt, dass die damalige Störung der erste Beginn eines chron. Leidens war, welches nach jahrelanger Latenz dann weitere Fortschritte zeitigen sollte. Natürlich genügt die Constatirung des Doppeltsehens nicht allein zur Diagnose, ja, macht sie bei weitem nicht in so hohem Grade wahrscheinlich, wie die Feststellung einer isolirten reflectorischen Pupillenstarre. Denn die Augenmuskellähmungen kommen natürlich noch viel häufiger als letztere bei allen möglichen anderen Affectionen vor (Gehirnleiden, Intoxicationen, Rheuma etc.). Vorausgegangene luetische Infection erhöht auch hier die Wahrscheinlichkeit der T., aber auch hier muss zur sicheren Diagnose noch mindestens ein klares Tabessymptom hinzukommen (s. unten). Die Augenmuskellähmungen selbst kommen natürlich nicht *nur* im Frühstadium vor, sondern setzen auch bei vorgeschrittener T. ein, wo sie dann allerdings nicht mehr zurückgehen, sondern stabil bleiben. Nun zur *Opticus-atrophie*, die Autor unter 165 Fällen 55 mal ($= 33\frac{1}{3}\%$) fand. Auch sie entwickelt sich häufig im allerersten Stadium, und wird man oft allein durch den Sehnervenbefund veranlasst, an die Möglichkeit einer T. incipiens zu denken. Freilich ist die Sehnervenatrophie an sich kein sicherer Beweis für T., da dieselbe Form bei anderen Krankheiten (Tumor, Intoxicationen, Orbitalerkrankungen etc.) vorkommt; nach einer Statistik von Uhthoff nimmt von sämmtlichen Sehnervenatrophieen die tabische $\frac{1}{3}$ ein. Der Sehnervenatrophie ist nun auch eine prognostische Bedeutung bezüglich der T. zugeschrieben worden, man hat behauptet, dass sie einen hemmenden Einfluss auf den Verlauf der T. besitzt, in dem Sinne, dass die Fälle mit Atrophie langsamer verlaufen und weniger Symptome zeitigen als die ohne Atrophie, insbesondere soll die Ataxie meist ausbleiben, ja es soll letztere, wenn sie bereits bestanden, sogar mit Einsetzen der Atrophie zurückgehen oder ganz verschwinden. Autor hat sich davon durchaus nicht überzeugen können, im Gegentheil: unter seinen 165 Tabesfällen waren 21,2% ataktisch, unter den 55 Fällen mit

Opticusatrophie 27,2%₀, also die Ataxie fand sich unter den Fällen mit Atrophie in einem höheren Procentsatze, als unter den gesammten Tabikern. — Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die diagnostische Bedeutung der geschilderten Augensymptome in erster Linie darin liegt, dass sie schon zu einer Zeit auftreten, zu der alle anderen sicheren Tabessymptome noch fehlen können. Man soll daher in jedem Falle nervöser Erkrankung auf solche Symptome fahnden, wodurch man in unklaren Fällen oft überraschende Aufschlüsse erhalten wird. Augensymptome undluetische Infection machen T. wahrscheinlich, sicher, wenn noch *ein* klares Tabessymptom hinzukommt. Die initialen Augensymptome können sich nun mit jedem anderen Symptome der T. vergesellschaften. Wenn wir entweder eine Aufhebung der Patellarreflexe neben der Pupillenstarre finden, oder eine Herabsetzung des Muskeltonus an den Beinen, oder Störungen der Blasen- und Sexualfunction etc., so genügt jedes dieser Symptome im Verein mit der Pupillenstarre ganz allein, um die Diagnose zu sichern, auch wenn alle anderen Zeichen fehlen. Es giebt aber Fälle, in denen die „classischen“ Symptome fehlen, wo wir also noch andere Zeichen suchen, uns an die persönlichen Angaben der Pat. halten müssen. Wenn typisch lancinirende Schmerzen in heftigen Attaquen geschildert werden, und besonders wenn zu den Schmerzen in den Beinen noch Schmerzen und Paraesthesien in den letzten 2 Fingern, einem Lieblingssitz der initialen Schmerzen der Tabiker (natürlich immer neben einem Augensymptom), angegeben werden, dann ist die Diagnose ebenfalls sicher. Aber diese Schmerzen fehlen oft ganz oder zeigen eine nicht so charakteristische Erscheinungsweise. Oft werden nur leichte ziehende oder brennende Schmerzen mit Vertaubungs- und Ermüdungsgefühl angegeben, die nicht als beweisend anzusehen sind, da sie nicht selten auch bei functionellen Erkrankungen, bei Neurasthenie, Alkoholismus etc. vorkommen. Ebenso sind auch die Angaben über Gürtelgefühl, sowie über „Krisen“ nicht immer eindeutig, ebenso auch von der Steigerung der Patellarreflexe, die man nicht selten vor ihrem Verschwinden constatiren kann (in Autors Fällen 10 mal). Dagegen ist dem Autor als ein äusserst constantes Frühsymptom aufgefallen, welches gerade besonders häufig in Verbindung mit den Augensymptomen die erste Erscheinungsweise der T. bildet: eine gürtelförmige Sensibilitätsstörung am Rumpf, eine Herabsetzung der Hautempfindlichkeit, die meist ihre obere Grenze

G*

an der 2. oder 3. Rippe hat, gürtelförmig den Thorax umgreift und gewöhnlich bis zur Höhe des Proc. xiphoideus herabreicht. Sie ist also auf eine Erkrankung des 2. bis 7. Thoracalsegmentes resp. deren Wurzeln zu beziehen; wird noch das 1. Thoracalsegment ergriffen, so dehnt sich die Sensibilitätsstörung ausserdem auf die Innenfläche der Arme aus. Selten findet sich ein tiefer gelegener Gürtel, etwa im Bereiche des 5.—8. Thoracalsegmentes. Am besten ist die Störung für die Schmerzempfindung nachzuweisen, also ganz wie die tabische Sensibilitätsstörung an den Beinen. Diese Störung am Rumpfe fand Autor sehr häufig (20 Fälle) als einziges Symptom neben einem der Augensymptome, während noch alle sonstigen Symptome der T. fehlten. Diese häufige Combination scheint darauf hinzuweisen, dass der initiale tabische Process, so mannigfaltig er auch auftritt, doch bestimmte Gruppierungen von Symptomen bevorzugt. Wenn gesagt wird, Opticusatrophie halte den Gang der Tabes auf, so ist das in dieser Form nicht richtig. Richtig ist, dass diejenige Form der T., die mit Opticusatrophie einsetzt, häufig lange Zeit nur mit Ertaubung der Thoracalnervenzwurzeln combinirt ist. Dies gilt aber ebenso für die reflectorische Pupillenstarre und die Augenmuskellähmungen. Auch diese combiniren sich oft ausschliesslich mit der Anaesthesie am Rumpf für lange Zeit, später aber machen sie doch Fortschritte. Was nun endlich noch die *Therapie* anbelangt, so ist die Hauptfrage: Sollen wir Tabeskranken einer Quecksilbercur unterziehen oder nicht? Autor hat 2 entgegengesetzte Schulen durchgemacht, zuerst die von Wernicke, der die Schmiercuren bei T. total verwarf, jetzt die von Uhthoff, wo oft bei T. geschmiert wird. Er hat daraus gelernt, dass wir heutzutage überhaupt noch nicht in der Lage sind, uns über die Wirksamkeit oder Schädlichkeit eines Mittels bei T. ein definitives Urtheil zu bilden. Autor hat Fälle mit Hg-Behandlung sehr ungünstig, andere relativ günstig verlaufen sehen; dasselbe aber sah er, wenn keine Hg-Behandlung erfolgte! Wenn wir bedenken, wie unendlich verschiedenartig die T. überhaupt verläuft, wie oft der Process so gut wie gar nicht fortschreitet, Pat. noch nach 20 Jahren arbeitsfähig ist, während in einem anderen Falle die Krankheit in $\frac{1}{2}$ Jahr zu totaler Hülfslosigkeit führt, dann sehen wir ein, dass ein sicheres Urtheil über eine Therapie sich kaum bilden lässt, auch die Frage der Hg-Behandlung vorläufig eine offene ist und bleiben wird. (Schluss folgt.)

(Medic. Section der Schles. Gesellschaft f. vaterl. Cultur am 20. Juni 1902. — Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 54—57.)

Tetanus. Wieder ein Fall von T. nach Gelatineinjection.

Dr. R. Gradenwitz (Allerheiligenhospital Breslau) theilt ihn mit. Es handelte sich um eine Frau mit einem zerfallenen inoperablen Uteruscarcinom, das schon wiederholt profuse Blutungen hervorgebracht hatte. Als wieder eine mächtige Blutung kam, die durch Tamponade und andere Mittel nicht zu stillen war und die Pat. bereits furchtbar anaemisch gemacht hatte, wurden subcutan 100 ccm 2%iger Gelatinelösung injicirt. Nach $\frac{1}{4}$ Stunde stand die Blutung völlig und kam nicht wieder, obwohl Pat. noch 6 Tage lebte. An diesem Tage machten sich die ersten Tetanuserscheinungen geltend, machten rapide Fortschritte und endeten nach 12 Stunden, trotz Injection von 12,5 ccm Behring'schen Tetanusantitoxins, letal. Die Gelatine war freilich nur eine Stunde im Wasserbade sterilisirt worden. Wir müssen danach streben, keimfreie Gelatine injiciren zu können. Merck bringt jetzt steril. Gelatine in den Handel; hoffentlich macht diese den Tetanusinfectionen ein Ende.

(Centralbl. f. Gynaekologie 1902 No. 37).

- **Heilung eines Falles von T. nach Duralinfusion von Tetanusantitoxin** erzielte Dr. W. Müller (Herzogl. Krankenhaus Braunschweig). Die Einführung des Tetanusserums hat leider bisher die Prognose des T. fast unbeeinflusst gelassen, in schweren Fällen liess dasselbe meist im Stich. Erst seitdem jetzt Leyden statt der subcutanen resp. intravenösen Application des Serums eine solche direct in den Rückenmarkscanal eingeführt, hat sich die Sachlage geändert, von 10 so behandelten Fällen wurden 4 gerettet. Einen 5. Fall von Heilung trotz sehr schwerer Infection bringt nun Müller. Ein 10jähr. Knabe verletzte sich am 30. XII. 1901 den Daumen der rechten Hand schwer an einer Rübenschneidemaschine, wobei die Wunde stark mit Erdschmutz und Maschinenschmiere verunreinigt wurde. Trotz sofortiger ärztlicher Behandlung bildete sich am 5. I. 1902 eine kleine Eiterstelle, und am 8. I. zeigten sich die ersten Erscheinungen von T., sodass Ueberführung ins Krankenhaus erfolgte. Es erschien sofort der T. als schwerer; Temp. dabei 36° , Puls 92. Sofort *subcutane* Injection von 10 ccm Tetanusantitoxin, an den folgenden Tagen noch 4mal *subdurale*, und zwar am 9., 11., 13. und 16. I., jedesmal von 5 ccm Antitoxin, nachdem mittelst Lumbalpunktion immer 10 ccm Cerebrospinalflüssigkeit abgelassen worden waren. Während der ganzen Zeit kein Fieber, dagegen erhebliche Pulsbeschleunigung (92—132).

Der Einfluss der Seruminjectionen auf die Zahl der Anfälle war ein erheblicher: während an den beiden ersten Tagen 40—50 Anfälle pro Stunde auftraten, verminderte sich die Zahl nach 3 Injectionen auf 2—8, nach der 4. Injection 2—6, und weiterhin nahm die Zahl der Anfälle, die allerdings an Intensität zunahmen, immer mehr ab, bis am 22. I. der letzte erfolgte. Erhebliche Störung des Allgemeinbefindens, Urin frei von Eiweiss und Zucker, Sehnenreflexe äusserst lebhaft. Antiseptische Weiterbehandlung der Wunde, die gut heilte. Allmählich besserte sich auch der Allgemeinzustand, auch die Steigerung der Sehnenreflexe nahm ab, am 19. I. waren sie normal. An diesem Tage Verschlechterung im Befinden, zum 1. Male Fieber (Puls 142) und am ganzen Körper ein hochrothes, scharlachartiges Exanthem. Erhebliche Störung des Allgemeinbefindens, heftige Schmerzen an Rücken und Knien ohne objectiven Befund. Vom 24. I. ab unter allmählichem Sinken der Temperatur deutliche Abschuppung, wie nach Scharlach, Abheilen des Exanthems. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Am 27. I. wieder Fieberperiode bis zum 2. II., dabei allgemeine indolente Drüsenanschwellung, die sich ganz plötzlich an Submaxillar-, Cervical-, Cubital-, Axillar- und Inguinaldrüsen geltend machte. Gelegentlich in dieser Zeit auch wieder Erscheinen jenes Scharlachexanthems, das aber 1—2 Tage anhielt und dann ohne Schuppung abheilte. Urin (29. I.) frei von Albumen; am 31. eine Spur Albumen, die aber nach einigen Tagen wieder verschwand. Während dieser Fieberattaque heftige Schmerzen in der Kreuzbeingegend. Unter lauwarmen Bädern und Salipyrin schwand das Fieber allmählich. Am 12. II. Pat. vollkommen fieberfrei, noch geringe Drüsenanschwellungen, Allgemeinbefinden gut. Aber schon nach 3 Tagen (15. II.) wieder plötzlicher Temperaturanstieg auf 40°. In den folgenden Tagen Fieber ausgesprochen septisch, steile Auf- und Abstiege von 37°—40,5°, erhebliche Pulsbeschleunigung (128—160), starke Milzschwellung, einmal heftiger Schüttelfrost, erhebliche Störung des Allgemeinbefindens, heftige Schmerzen in der Kreuzbeingegend, im Urin reichlich Eiweiss. Salipyrin unwirksam, dagegen Chinin von Wirkung. Am 24. II. unter starkem Abfall Ende des Fiebers. Von da ab allmähliches Verschwinden auch der übrigen Erscheinungen, ziemlich ungestörte Reconvalescenz. Am 15. IV. Pat. geheilt entlassen. — Auffallend in dem Falle war zunächst das Fehlen des Fiebers im Initialstadium der Erkrankung; es geht, da es sich trotz-

dem um einen schweren Fall von T. handelte, daraus hervor, dass man aus der Höhe der Temperatur keinen unbedingten Rückschluss auf die Stärke der Infection machen darf, ebensowenig, wie aus der Incubationsdauer, die hier sehr lang war (10 Tage), was für einen leichten Verlauf sprechen soll. Interessanter noch sind die folgenden Complicationen. Scharlach lag nicht vor; jede Gelegenheit zur Infection fehlte, das Exanthem kam ohne Fieber, ohne Halsinfection. Auch ein Serumexanthem lag nicht vor; ein solches wäre nicht später noch mit Drüsenschwellungen wiedergekommen! Vielmehr liegt wohl in der 3. Attaque, die einen ausgesprochen septischen Charakter zeigte, die Erklärung des Ganzen. *Von Anfang an lag zweifellos neben Infection mit T. auch solche mit Sepsis vor*, die sich zuerst in einem Exanthem, dann in einem solchen mit Drüsenschwellungen offenbarte und endlich ihren wahren Charakter documentirte, auch durch Chinin deutlich beeinflusst werden konnte. Die Lumbalpunctionen wurden so ausgeführt, dass hierbei Infection ausgeschlossen war. Die septischen Keime waren bereits in die Fingerwunde mit eingedrungen, aber gleich dem T. hatte auch diese Infection hier eine recht lange Incubationszeit gehabt.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1902 No. 18.)

Typhus. Einen Fall von langdauernder Ausscheidung von

Typhusbacillen mit dem Urin beobachtete Dr. Büsing (Bakteriol. Institut in Bremen). Derselbe hatte den Urin von 16 Chinakriegern auf Typhusbacillen zu untersuchen, weil jene in China T. durchgemacht hatten und nun die Frage herantrat, ob sie aus dem Lazareth entlassen werden könnten. Es fanden sich nur bei einem der Soldaten Typhusbacillen, und zwar bei Untersuchung am 6., 7., 8., 14. und 17. April d. J.; erst die Urinprobe am 19. IV. war frei von solchen, ebenso sämtliche später untersuchten. Die Typhuserkrankung datirte vom October v. J. zurück, im December war der Pat. dann als gesund entlassen worden. Er blieb auch bisher beschwerdefrei, nur hatte er etwas häufigeren Harndrang. Der Fall zeigt also, wie lange sich die Bacillen im Harn halten können, ohne dass klinische Merkmale darauf hindeuten, wie sehr solche Reconvalescenten event. eine Gefahr bedeuten, z. B. wenn sie öffentlich baden, dabei uriniren etc. Man muss daher die Forderung aufstellen, Typhusreconvalescenten nicht eher aus dem Krankenhause zu entlassen, als bis durch mehrmalige Untersuchungen festgestellt ist, dass der Urin

keine Bacillen mehr enthält. Noch eine Thatsache ist bemerkenswerth. Vom 18. IV. ab erhielt der Soldat, nachdem bis dahin fünf mal Typhusbacillen gefunden worden waren, *Urotropin*, das bis zum 29. IV. fortgegeben wurde (zusammen 30 g); bereits am 19. IV. waren die Bacillen verschwunden. Ähnliche Erfahrungen, dass nach Darreichung von Urotropin Typhusbacillen verschwanden, wurden im Institut mehrfach gemacht.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 Nr. 25.)

- **T. ohne Darmerscheinungen** beobachtete Dr. A. Blumenthal (Krankenhaus am Urban in Berlin): 23jähr. Pat., im V. Monate gravid, schon seit 10 Tagen krank. Das Leiden hatte begonnen mit Kopfschmerzen, Uebelkeit, Mattigkeit, dann war Fieber aufgetreten, endlich Erbrechen und Durchfall, sodass Pat. schon seit 8 Tagen bettlägerig war. Status bei der Aufnahme: Gut genährte, kräftige Pat. mit fieberhaft geröthetem Gesicht, wegen heftiger Dyspnoe aufrecht im Bette sitzend; geringes Oedem der unteren Extremitäten; Zunge trocken, rissig; Herz normal; Abdomen stark aufgetrieben, aber leicht eindrückbar und wenig druckempfindlich; auf Brust und Abdomen Roseolen; Milz infolge des starken Meteorismus nicht palpabel, schwer zu percutiren; Stuhlgang dünn, gelb, typisch erbsenbreiartig; Temperatur 40°, Puls 120, etwas dicot; Urin enthält Albumen, giebt Diazoreaction; Sensorium am Tage leidlich frei, Nachts Pat. benommen, phantasirte laut; Widal'sche Reaction in einer Verdünnung von 1:150 positiv. Auf Grund dieses Befundes wurde die Affection als T. diagnosticirt. Pat. abortirte am 4. Tage des Aufenthaltes im Krankenhause. Die Temperatur hielt sich immer um 40°, Puls 120—130, Stühle 3—14 pro die, immer erbsenbreiartig. Husten, Auswurf und Dyspnoe mehren sich; im Auswurf viel Diplokokken, keine Typhusbacillen. Widal bleibt 1:150 positiv. Am 10. Tage unter zunehmender Dyspnoe und Trachealrasseln Exitus letalis. Bei der Section fand sich im ganzen Darm kein einziges Typhusgeschwür, nur Enteritis haemorrhagica, geringe folliculäre Enteritis; in den wenigen geschwollenen Follikeln fanden sich weder Typhusbacillen, noch sonst etwas für T. Charakteristisches. Trotzdem müssen wir annehmen, dass diese Follikel die Eintrittspforte für die Infection waren. Aus der Milz wurden Stäbchen gezüchtet, die sicher Typhusbacillen waren, und damit war die Diagnose völlig über jeden Zweifel erhaben, der patholog. Anatom, der auf

Grund des Sectionsbefundes an der Diagnose Zweifel gehabt, bekam also einen directen Beweis für die klinische Diagnose. Das ist in solchen Fällen von T. ohne Darmgeschwüre von grosser Wichtigkeit, und die Aufforderung von Chiari durchaus berechtigt, in allen Fällen, wo die Widal'sche Reaction positiv war, wo überhaupt die klinische Diagnose auf T., auch selbst bei Fehlen aller Darmerscheinungen hinwies, die weitere bakteriologische Untersuchung anzuschliessen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 35.)

Ulcus cruris. Calcar. hypochlor. hat Dr. W. Zeuner (Berlin) in über 100 Fällen von U., darunter sehr grossen, tiefen, vernachlässigten, mit recht erfreulichem Erfolge angewandt. Er verschrieb:

Rp. Solut. Calcar. hypochlor. 3,0 : 300,0
filtra

S. Verbandwasser.

Mit dieser Lösung *gut befeuchtet* wird ein Stück mehrfach zusammengelegter Gaze auf das U. gelegt; darüber Gummipapier. Sodann Einwicklung von den Zehen bis zum Knie mit Tricotbinde. Das Gazeläppchen muss gewechselt werden, sobald es anfängt, trocken zu werden, was gewöhnlich nur 2 mal des Tages der Fall ist. Ist das U. sehr verunreinigt oder mit dicken, speckigen Fetzen belegt, so leisten dabei noch lauwarme Bäder mit dünnem Seifenwasser vortreffliche Dienste. In anderen Fällen, wo grosse Schmerzhaftigkeit und starke Entzündungserscheinungen vorherrschten, bewährten sich tageweise eingeschaltete oder vorausgehende Compressen mit dünnen Lösungen von Liq. Plumb. subacet. ausgezeichnet, sodass es sogar mehrmals gelang, dadurch ausgedehnte Ulcera zur Heilung zu bringen. Sicherer wirken freilich die obigen Verbände, die oft überraschend schnell frische Granulationen hervorrufen, das übelriechende Secret weg-schaffen und Ueberhäutung bewirken, wenn man damit fortfährt, bis sich alles ordentlich geschlossen und feste Haut über sich hat.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 20.)

Vitia cordis. **Klinische Erfahrungen über Agurin,** gemacht an 34 Pat. der II. med. Klinik in Budapest, publicirt Dr. L. v. Kétly und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Agurin, als vorzügliches Diureticum, steht in Betracht der Sicherheit seiner Wirkung sowohl über dem

Diuretin, als auch über den anderen bisher bekannten Diureticis.

2. Die Kranken vertragen es sehr gut, und es ist für den Magen und die Nieren unschädlich.

3. Seine Wirkung kommt am sichersten zustande bei allgemeinen Stauungswassersüchten (Vitia etc.), aber es kann auch vortheilhaft bei localen Stauungs- oder Entzündungswassersüchten gegeben werden, so auch bei Arteriosklerose und aus dieser Krankheit stammender Schrumpfniere; bei den übrigen Nierenkrankheiten hingegen bewirkt es keine erhebliche Diurese.

4. Um eine sichere Wirkung zu erreichen, muss es wenigstens zu 3 g pro die gegeben werden, am geeignetsten in Pulver; wenn es aber so Magenbeschwerden verursachen sollte, kann es auch in Lösung (mit Aq. Menth.) genommen werden.

5. Die Wirkung des Agurin tritt am 2.—3. Tage ein und erlischt 2—3 Tage nach Aussetzen des Mittels.

6. Zu 3 g pro die steigert das Agurin auch bei gesunden Menschen in 2—3 Tagen die tägliche Harnmenge um 200—400 ccm, aber dieser Effect reducirt sich in 8—10 Tagen aufs Minimum, auch wenn das Mittel fortgesetzt wird.

7. Das Agurin wirkt im Wege der Nieren, diese Wirkung kommt aber bei kranken Nieren kaum zustande.

(Die Heilkunde 1902 No. 8.)

- Auch Doc. Dr. Fr. Tauszk (Budapest) hat **Agurin als Diureticum** benützt, und zwar bei 5 Fällen von *uncompensirten V.*, bei 3 von *Nephritis chron.*, bei 2 von *Hepatitis interstit.*, bei 1 von *Pleuritis exsud.* und 2 von durch *Kachexie* verursachten Anasarka. In allen diesen Fällen erwies sich Agurin als verlässliches, nie versagendes Diureticum. Bei allen 5 Fällen von V. stellte sich die Diurese schon einen Tag nach Beginn der Medication ein, erreichte nach 2—4 Tagen ihren Höhepunkt, um nach Verminderung der Hydropssymptome abzufallen. Ebenso bei Nephritis; auch hier folgte der raschen Steigerung der Diurese die rasche Verminderung der Hydropssymptome, von bedeutender Besserung der subjectiven Symptome begleitet. Ein reizender Einfluss auf die Nieren machte sich nie geltend. Bei einem Falle von Hepatitis erreichte Autor den grössten Erfolg: die Tagesmenge des Urins von 750 ccm stieg am 3. Tage auf 3720 ccm. Beim Falle von Pleuritis betrug die Steigerung der Tagesmenge 500

bis 600 ccm, aber das Exsudat verschwand ohne jede andere Medication vollkommen. In den 2 Fällen von Kachexie bewirkte Agurin (1,5 g pro die) in 3—4 Tagen gänzlich Verschwinden des Anasarca, während die Urinmenge fast um 100 % stieg. Steigert man die Dosis des Agurin zu einer Zeit, wo sich die diuretische Wirkung trotz fortgesetzter Verabreichung vermindert, so kann für einige Zeit wieder eine Steigerung der Diurese in geringerem Maasse erzielt werden. So bekam ein Pat. 11 Tage hindurch täglich 3 g und hatte 11 Tage lang 1250 ccm Harn. Als dann 4 g gegeben wurden, stieg der Urin Tags darauf auf 1600 ccm um schon am folgenden Tage wieder auf 1250 ccm zu sinken. Mehrfach wirkte Agurin, wo Diuretin versagt hatte. Autor lernte Agurin auch als ausgezeichnetes Antistenocardicum kennen; allerdings zeigt es seine beruhigende Wirkung nur bei echter, zur Endarteriitis sich gesellender Stenocardie, wo es in Dosen von 1—2 g die vehementesten Anfälle zum Verschwinden bringt, und zwar so constant, dass Autor seine Anwendung zu differentialdiagnostischen Zwecken empfiehlt. Bei neurasthenischen Herzbeschwerden versagte es immer. Am besten giebt man Agurin in Pulverform, da es so sicherer wirkt und besser vertragen wird, als in Lösung. Es wird besser vertragen als Diuretin, machte aber auch manchmal leichtes Unwohlsein und Magenbeschwerden. Als Diureticum muss man schon 3 mal tägl. 1 g geben, will man prompte Wirkungen erzielen. Nur, wo der Magen nicht ganz in Ordnung ist, ordinire man nur 1,5 pro die, welche Dosis auch genügt, um stenocardischen Anfällen vorzubeugen.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1902 No. 38).

- **Hydrarogin** (Fabrik C. Raspe, Weissensee bei Berlin) wandte Dr. H. Karfunkel (Niederfinow) in über 100 Fällen von *Herz- und Nierenleiden* an, sowohl bei idiopathischen Erkrankungen dieser Organe, als auch bei secundären und im Gefolge anderer, besonders von acuten Infectiouskrankheiten auftretenden. So hatte er oft Gelegenheit, sich von der Wirkung des Mittels bei Herzschwäche zu überzeugen, die im Verlauf von Diphtherie, Typhus, Pneumonie, Carcinomen auftrat; in allen Fällen besserte sich Zahl und Regelmässigkeit des Pulses rasch, auch da, wo vorherige Anwendung eines Digitalisinfuses oder von Strophanthus nicht von Erfolg begleitet war. Auch bei Wöchnerinnen, die infolge grossen Blutverlustes hochgradige Allgemeinerschöpfung und besonders solche des Herzmuskels bekamen,

wirkte das Mittel prompt. Ebenso erwies es sich als wirksam bei primären organischen Herzerkrankungen, wo auch die stärksten Compensationsstörungen ausnahmslos günstig beeinflusst wurden.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1902 No. 15.)

Vermischtes.

- Eine **neue Verwendung des Troikarts** proponirt A. Rahn (Krippen): „Bei Phlegmonen und ausgedehnten Eiterungen, überhaupt überall da, wo Gegenöffnungen nöthig sind, waren bisher die Listersonde und das Messer im Gebrauch. Man kann sich aber von der Anfangsöffnung des Eiterherdes aus viel leichter eine Gegenöffnung verschaffen. Ich erreiche dies durch einen Troikart und meine hier einen solchen, wie man ihn zur Punction der Hydrocele oder des Abdomens oder der Gelenkhöhlen braucht. Derselbe muss armirt sein mit der über die Troikartspitze hin- und herschiebbaren Hülse. Hat man mit dem Messer die erste Oeffnung gemacht, und glaubt man von da aus Gegenöffnungen anlegen zu müssen, so schiebt man die Hülse bis über die Troikartspitze und geht nun stumpf durch die Eiterhöhle hindurch und bis an *die* Hautgegend heran, wo man die Haut verdünnt und sich vorwölben sieht; alsdann zieht man die Hülse zurück und schiebt den Troikart selbst mit seiner Spitze vor und macht nun durch einen Stich die Gegenöffnung. Die Hülse lässt man vorläufig liegen, bis man sich schlüssig ist, ob man einen Drain einführen oder ob man von der Gegenöffnung aus weiter spalten will; entschliesst man sich fürs erstere, so hat man eben mit der liegen gelassenen Hülse den Vortheil, in aller Ruhe und Sicherheit, und namentlich ohne noch einmal dem Kranken Schmerzen zu machen, den Drain durch die Wunde durchführen zu können, denn der Drain lässt sich durch die Hülsencanüle schieben. Das Anstechen von Gegenöffnungen nach obiger Methode vereinfacht ganz wesentlich das Operationsverfahren, verkürzt die Narkose oder es macht unter Umständen die letztere ganz unnöthig. Das Verfahren hilft ebenso erleichternd und schmerzstillend auch bei den nur kurze Zeit nachhaltenden örtlichen Schmerzstillungen; der Troikart erspart ferner manche Aufregung und manches Messer, das sonst so leicht stumpf wurde beim Anlegen von Gegenöffnungen auf der Listersonde“.

(Münchener med. Wechenschrift 1902 No. 35.)

— Die **Dauerhefepräparate des Handels** hat Oberapotheker Dr. R. Rapp (München) einer Prüfung in Bezug auf Wassergehalt, Gährkraft, Keimgehalt, andauernde Wirkung, baktericide Wirkung unterzogen. Es kamen in Betracht:

a) Furonculine oder trockenes Bierhefepräparat, Verfahren von H. de Pury, dargestellt von der A.-G. für industrielle Bakteriologie La Zyma in Montreux (Gemisch von getrockneten Hefezellen und Stärke).

b) Levure de Bière Sécurité, dargestellt von Société anonyme „Sécurité“ in Tirlemont (Belgien).

c) Bierhefetabletten nach Prof. Roos, von der Glockenapotheke in Freiburg i. B.

d) Hefetabletten einer Münchener Firma.

e) *Sterile Aceton-Dauerhefe (Zymin)* von Anton Schroder, München.

Die Ergebnisse waren folgende:

1. Den geringsten Wassergehalt besitzt weitaus Zymin, dann folgt Levure de Bière Sécurité mit um $\frac{2}{3}$ vergrößerstem Wassergehalt.

2. Die höchste Gährkraft kommt Zymin zu, dann folgt Levure de Bière Sécurité mit etwa halb so grosser Gährwirkung; die übrigen Präparate haben überhaupt keine Gährkraft.

3. Als praktisch steril und insbesondere frei von lebenden Hefezellen können nur Zymin und die Hefetabletten der Münchener Firma, die aber keine Gährkraft besitzen, bezeichnet werden. Levure de Bière Sécurité enthält grosse Mengen lebender Hefe.

4. Die verdauende Wirkung war am stärksten bei den Hefetabletten nach Roos, die aber keine Gährwirkung und grosse Mengen lebender Hefe aufweisen; dann folgt Zymin.

5. Baktericide Wirkung besitzen nur Zymin und Levure de Bière Sécurité, welch letztere aber den Nachtheil eines hohen Gehalts an lebenden Hefezellen aufweist.

Gesamttresultat demnach: *Beträchtliche Ueberlegenheit der Aceton-Dauerhefe (Zymin)*.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 33.)

— Eine **Pravazspritze mit Lysolbehälter*)** nach Dr. Brauer, genannt „Non plus ultra“ begegnet wirksam verschiedenen Uebelständen, die sich sonst fühlbar machen. Auf den Conus, welcher zum Aufschrauben der Canüle dient, wird bei Nichtgebrauch eine cylinderförmige Metallkapsel auf-

*) J. Krauss, Berlin S. Preis: M. 4.—.

gesetzt, in welche einige Tropfen Lysol gebracht worden sind. Die Canüle bleibt an Ort und Stelle. Durch die Lysoldämpfe wird Canüle und Spritzeninneres steril gehalten, der Kolben bleibt dauernd dicht. In der Kolbenstange ist Raum für eine Reservecanüle, sodass man eine mit 2 Canülen versehene, stets gebrauchsfertige Spritze mit sich führt, die nicht einmal eines Etuis bedarf.

(Die Medicinische Woche 1902 No. 30.)

- Zur bequemen **äusseren Anwendung des Menthol** hat Dr. L. Laquer (Frankfurt a. M.) ein kleines rundes Kästchen von Metall und mit gutem Verschluss construiert, in welches ein mit 3%iger spirituöser Menthollösung durchdränkter Schwamm eingelassen ist. Es war die in dieser Form verordnete Mentholapplication nicht nur bei echter *Migräne* und bei anderen Arten von Kopfschmerzen, auch bei allen mannigfaltigen vasomotorischen Begleiterscheinungen der *Hysterie* und *Neurasthenie*, bei Hitzegefühlen, Wallungen, Kopfdruck, Spannungsempfindungen u. s. w. von Vortheil. Autor liess Stirn, Schläfe und unbehaarten Theil des Nackens mit dem Schwamm leicht betupfen; letzterer bietet im Gegensatz zum Mentholstift eine breite Applicationsfläche dar, und leise Berührungen schon genügen zur Erzielung einer starken Mentholwirkung, die ziemlich lange vorhält. Das kleine Kästchen mit dem Mentholschwamm*) hat Autor auch bei Arm- und *Intercostalneuralgien*, sowie bei *Ischias* und anderen schmerzhaften Erkrankungen als Palliativmittel oder bei Nervösen nur als einfaches Erfrischungsmittel verordnet. Vielleicht dürfte es auch den Dermatologen von Vortheil sein.

(Die Therapie der Gegenwart, August 1902).

- Prof. J. Schwalbe (Berlin) schreibt: „**Ein neues Verfahren zur Bereitung von Kohlensäurebädern** haben die Apotheker Kopp und Joseph (Berlin) erfunden und sich patentiren lassen. Statt der bisher üblichen Salz-, Schwefelsäure und anderen Säuren benützen sie zur Entwicklung der Kohlensäure aus dem Natriumbicarbonat eine Mischung von Essigsäure und Chlorcalcium; dadurch wird nicht nur eine Schädigung der (meist gebräuchlichen) Zinkwannen verhütet, sondern auch besser als bisher der Zusatz von gewissen Ingredienzien — die bei den meisten anderen Ver-

*) Unter dem Namen „Porodor“ in der Rosenapotheke in Frankfurt a. M. erhältlich.

fahren zersetzt werden — ermöglicht. Es werden sowohl einfache Kohlensäurebäder, wie solche mit aetherischen Oelen, Fichtennadelextract und Eisengehalt verabfolgt. Nach persönlichen Erfahrungen und nach Mittheilungen aus dem Kreise meiner Pat. kann ich diese neuen Bäder zur weiteren Verwendung wohl empfehlen.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 37).

Bücherschau.

- Bendix' **Lehrbuch der Kinderheilkunde** (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin) liegt bereits in 3. *Auflage* vor. Die 2. Auflage ist erst vor 3 Jahren erschienen. Das ist, namentlich in Berücksichtigung der vorhandenen stattlichen Zahl von Lehrbüchern über Kinderheilkunde, ein Erfolg zu nennen, auf den Verfasser stolz sein kann. Bendix' Werk ist aber auch ein Werk, so recht für den prakt. Arzt geschaffen, nicht zu sehr in die Länge gerathen, aber doch so eingehend, dass man sich genügend über alle Details unterrichten, alles Wichtige klar und präcis nachlesen kann. In der neuen Auflage hat der Autor verschiedene Capitel verbessert, auch erheblich erweitert, manche neu schaffen müssen in Hinsicht auf das schnelle Fortschreiten der wissenschaftlichen Entwicklung der Kinderheilkunde. Wenn das Buch trotzdem nur um ein wenig stärker geworden ist, so ist das vor allem der knappen Diction des Verfassers zu danken, auf die sich dieser ausgezeichnet versteht. Bendix' Lehrbuch verdient weiteste Verbreitung in den Kreisen der prakt. Aerzte. — Auch das im gleichen Verlage erscheinende **Lehrbuch der Zahnheilkunde** von v. Metnitz liegt in 3. *Auflage* vor und kann auch Medicinern warm empfohlen werden. Auch dieser Autor ist in seiner Diction und Darstellungsart ausserordentlich präcis und klar; es ist ein Genuss, seinen Darlegungen zu folgen, zumal 255 in den Text eingestreute Illustrationen die interessantesten Auseinandersetzungen aufs Beste ergänzen und veranschaulichen.

- Dr. Max Herz hat seine Vorlesungen zu einem **Lehrbuch der Heilgymnastik** (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien) vereinigt und so zum ersten Male seine geistreichen theoretischen und praktischen Beiträge zu dem

interessanten und in der heutigen Behandlung eine so hervorragende Stellung einnehmenden Capitel der Heilgymnastik im Zusammenhange den Aerzten zugänglich gemacht. 209 recht instructive Abbildungen sorgen für das bessere Verständniss des Gesagten. Die Herz'schen Lehren haben noch, wie alle neuen, manche Gegner; aber zahlreiche Freunde sorgen für Propagirung, und so werden jetzt die Herz'schen Prinzipien und Apparate schon vielfach praktisch verwandt. Die Lectüre des interessanten Buches wird sicherlich für weitere Popularisirung sorgen. — Auch ein anderes im gleichen Verlage erschienenenes Buch dürfte den Praktikern hochwillkommen sein. Es ist dies der **Leitfaden der ärztlichen Versicherungspraxis** von Dr. Feilchenfeld, eine kurz gefasste Darstellung der wichtigsten Fragen aus der vertrauensärztlichen Thätigkeit bei den Versicherungs-Gesellschaften für Leben und Unfall. Das kleine Büchelchen enthält daher 2 Hauptabschnitte: Lebensversicherung und Unfallversicherung. Wenn der Verfasser auch nur alles kurz streift, so bildet doch seine Arbeit einen recht brauchbaren Führer für die eigenartige Thätigkeit des Arztes auf dem bezeichneten Gebiete, bei der ihn eine grosse Verantwortlichkeit trifft, sodass ein gutes Orientirtsein mit den betreffenden Erfordernissen dabei unbedingt nöthig ist. Diese Specialkenntnisse sich leicht anzueignen, dazu bietet der Leitfaden von Feilchenfeld die beste Gelegenheit.

- 2 neue **Antiquariatsanzeiger** der Firma Krüger & Co. (Leipzig) sind erschienen und verdienen die Aufmerksamkeit unserer Leser. Katalog Nr. 33 enthält 1181 Nummern, welche zum Theil die Homoeopathie, zum Theil andere medicinische Werke betreffen, No. 35 weist 639 Nummern auf, die sich auf Zahnheilkunde und die verwandte Litteratur beziehen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 3.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

December

XII. Jahrgang

1902.

Die früher erschienenen elf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Augenentzündungen. Wie und wann er **Cocain** bei **A.**

anwendet, darüber will Prof. Dr. E. Fuchs (Wien) die Praktiker belehren, da er die Erfahrung gemacht hat, dass das Mittel oft in nicht entsprechender Weise verordnet wird. Es mag sonderbar klingen, dass er selbst dieses eminent schmerzstillende Mittel nie Pat. gegen Augenschmerzen verschreibt. Aber bei Bindehautleiden sind in der Regel keine erheblichen Schmerzen vorhanden. Bei den tieferen Erkrankungen, Iridocyklitis, Glaukom etc. nützt Cocain nichts, da es nur oberflächlich wirkt. Bei Hornhautleiden können ja die Schmerzen oft durch Cocain günstig beeinflusst werden, und der Arzt selbst kann event. ruhig mal eine Einträufelung machen. Aber deren Wirkung ist vorübergehend, nach $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde kehren die Schmerzen wieder. Wenn Pat. das Mittel in der Hand

hat, tropft er es sicher immer wieder ein, fügt aber dadurch seiner Hornhaut Schaden zu oder beeinträchtigt wenigstens den Heilungsprocess, denn Cocain ist für die Hornhaut nicht ungefährlich; oft macht es Trübungen, ja Abstossungen des Epithels, und diese können geschwürig werden. Bisweilen löst es auch bei dazu disponirten Augen vermöge seiner pupillenerweiternden Wirkung einen Glaukomanfall aus. Selbst wendet Autor Cocain häufig an, z. B. bei jeder Operation, auch der kleinsten, wie Entfernen von Fremdkörpern aus der Hornhaut. Er tropft einige Male 5%ige Lösung ein und sieht darauf, dass zwischen den Eintropfungen der Pat. sein Auge geschlossen hält, da Epithelläsionen noch leichter vorkommen, wenn auch noch Austrocknung in Folge selteneren Lidschlages dazu kommt. Bei Operationen an den Lidern ist Cocain unter die Lidhaut, bei solchen an den Augenmuskeln unter die Bindehaut, bei solchen an den Thränenwegen in diese einzuspritzen. Selbst bei der Operation eines Chalazion spritzt Autor nebst Einträufelung des Cocains in den Bindehautsack ein paar Tropfen in das Chalazion selbst ein, wodurch die Auslöfflung desselben absolut schmerzlos wird. Auch bei Lichtscheu wirkt Cocain sehr gut, wie bei den serophulösen A. der Kinder. Auch hier gebe man es den Eltern nicht mit. Die Erfahrung lehrt, dass die Lichtscheu rasch abnimmt und oft binnen wenigen Tagen verschwindet, wenn es gelingt, wenigstens 1 Mal im Tage die Augen für einige Zeit offen zu halten. Autor träufelt Kindern mit starker Lichtscheu des Morgens, wo letztere meist am grössten ist, wiederholt Cocain ein, wie zu einer Operation, und erreicht oft dadurch, dass die Kinder auf $\frac{1}{2}$ Stunde die Augen frei öffnen, worauf dann die ärgste Lichtscheu dauernd gebrochen ist. Auch bloss zu Zwecken genauerer Untersuchung ist es oft wünschenswerth, die Lichtscheu durch wiederholtes Einträufeln von Cocain wenigstens vorübergehend zu vermindern. Die pupillenerweiternde Wirkung des Cocains kann man zur Erleichterung der ophthalmoskopischen Untersuchung an Stelle des Homatropins benützen, doch steht dessen Wirkung derjenigen des Homatropins insofern nach, als das Cocain die Contractionsfähigkeit der Pupille auf Licht bestehen lässt, diese also namentlich bei intensiver Belichtung der Maculagegend oft noch ziemlich eng werden kann. Viel mehr wird von der pupillenerweiternden Wirkung des Cocains Gebrauch gemacht, indem man dieselbe mit der des Atropins verbindet. Viele verschreiben auch ganz regelmässig

Atropin und Cocain zusammen und lassen diese Lösung um so häufiger einträufeln, je schwerer sich die Pupille erweitert, bei heftiger Iritis oft 2stündlich. Autor ist nicht dafür. Die so häufigen Einträufelungen des Atropins führen oft dazu, dass es der Pat. wegen Vergiftungserscheinungen überhaupt nicht mehr verträgt; sie reizen ausserdem die Bindehaut und bringen doch oft die gewünschte Pupillenerweiterung nicht zu Stande. Autor giebt in solchen Fällen das Atropin selten, aber energisch; z. B. 1 Mal, höchstens 2 Mal im Tage ein Körnchen von Atropinsalz in den Bindehautsack einlegend, sorgt er durch Herabziehen des unteren Lides oder durch Compression des Thränensackes dafür, dass von der concentrirten Lösung des Atropins in den Thränen nichts in die Nase läuft. So hat man nie Vergiftung (bei kleinen Kindern, die stark auf Atropin reagiren, ist dies nicht so zu machen!). Die intensivste Wirkung erhält man aber durch Combination von Cocain und Atropin in folgender Weise: Man cocainisirt das Auge wie zu einer Operation und legt dann das Körnchen Atropin in den Bindehautsack. So verfährt Autor bei heftiger Iritis, sowie behufs Zerreißung alter Synechieen oder, um die Iris von einer kleinen frischen Perforationsstelle in der Hornhaut frei zu machen, die grösste Leistung, die man von einem Mydriaticum verlangen kann. Man gebe also bei schmerzhaften A. den Pat. Cocain nicht in die Hand! Aber was giebt man ihnen? Zunächst ein inneres Mittel, z. B. *Aspirin*, das speciell bei Iridocyklitis bestens einwirkt. Local wende man warme Umschläge an. Bei schwerer Iridocyklitis schneidet eine ausgiebige Blutentziehung an der Schläfe (6—8 Blutegel oder ein Heurteloup) oft die Schmerzen ab und erleichtert auch die Erweiterung der Pupille durch die Mydriatica. Auch *Dionin* verdient empfohlen zu werden, als Pulver oder in 5%iger Lösung in den Bindehautsack gebracht. Da es ziemliches Brennen verursacht, kann man vorher einen Tropfen Cocain einträufeln. Dionin erzeugt manchmal ein starkes entzündliches Oedem der Bindehaut, so dass das Auge nun viel mehr entzündet aussieht. Dies Oedem vergeht binnen einigen Stunden und fällt immer geringer aus, je länger man Dionin anwendet. Da die Reaction darauf recht verschieden ist, soll der Arzt zum ersten Mal selbst das Mittel appliciren und den Effect beobachten. Trotzdem Dionin die äusseren Entzündungserscheinungen anscheinend steigert, hat es doch oft sehr günstigen Einfluss auf die Schmerzen, sowohl bei Horri-

hauterkrankungen, als auch bei Iridocyklitis; vielfach wirkt es auch günstig auf die Lichtscheu, sowie auf den Krankheitsprocess selbst ein.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 38.)

— **Pyoctanin bei A.** wendet Dr. Weill gemeinsam mit seinem Lehrer Stilling (Strassburg) seit über 10 Jahren mit gutem Erfolge an. Wenn das Mittel so applicirt wird, dass es mit den erkrankten Geweben in intime Beziehungen kommt, wenn man es also in Form des mehr oder weniger unvermischten Pulvers oder der starken Lösung gebraucht, dann kommt seine antiseptische Wirkung voll zur Geltung und der Erfolg bleibt nicht aus. Während Autor bei nichtstark secernirender *Conjunctivitis* die schwächere gelbe $\frac{1}{1000}$ Lösung mehrmals täglich einträufeln lässt, giebt er bei der *eitrigen Conjunctivitis* und bei geringer *Randkeratitis* die etwas kräftigere $\frac{1}{1000}$ blaue Lösung, die bei *Ulcus corneae simpl.* durch $\frac{1}{100}$ blaue Lösung oder $\frac{1}{100}$ Pulver (Pyoctanin mit Talk vermischt) ersetzt wird. Bei der *Blennorrhoea neonatorum* wird ebenfalls $\frac{1}{1000}$, bei schwereren Fällen bis $\frac{1}{100}$ blaue Lösung eingeträufelt, wobei die Resultate hinter denen mit Argent. nitr. nicht zurückstehen. Handelt es sich um *Hypopyonkeratitis*, so wird der Grund des Geschwüres mit dem leicht über der Spiritusflamme erwärmten und mit einem Körnchen reiner blauer Substanz armirten Knopf einer Boucard'schen Sonde betupft. Der blaue oder gelbe Stift dient fast ausschliesslich zur Behandlung der *Blepharitis*, besonders der ulcerosa und ekzematosa. Die Spitze der Stifte wird in Wasser leicht eingetaucht und der Lidrand nach Entfernung der Borken damit bestrichen. *Ekzem* der Lider oder der benachbarten Regionen wird nach Entfernung der Krusten entweder mit dem Stifte bestrichen oder mit $\frac{1}{100}$ Pulver bestreut. Das Auge, speciell die Cornea, verträgt die $\frac{1}{100}$ Lösung oder das Pulver ausgezeichnet, ebenso die Conjunctiva. Das nach dem Einträufeln auftretende leichte Brennen verschwindet meist nach wenigen Augenblicken, selten erst nach wenigen Stunden, während es bei vielen Pat. nach dem Einstäuben des $\frac{1}{100}$ Pulvers etwas länger anhält. Vom Einstäuben des reinen Pyoctaninpulvers ist aber Abstand zu nehmen.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1902 No. 41.)

Diabetes. Bemerkungen zur Pathologie und Therapie des

D. mellitus macht Prof. v. Noorden (Frankfurt a. M.). Er bespricht einige Punkte, die erhebliche praktische

Bedeutung haben nach seinen Erfahrungen am Krankenbette, und zwar:

1. *Die Frage der Eiweisszufuhr.* Bekanntlich kann aus Eiweisskörpern im Organismus Zucker entstehen, und scheidet der Diabetiker, wenigstens in schweren Fällen, auch grosse Mengen von Zucker aus, die von Eiweiss abstammen. Der Einfluss der Eiweisskost auf die Glykosurie lässt sich in allen schweren Fällen von D. leicht demonstrieren, am besten, wenn man die Kohlenhydrate völlig ausgeschlossen hat. Bleibt dann noch die Glykosurie bestehen, so gelingt eine weitere Verminderung derselben, event. völlige Beseitigung durch Beschränkung der Eiweisszufuhr; erneute Steigerung der Eiweisszufuhr ruft dann die Glykosurie wieder hervor. Es wird daher mit Recht vor übertriebenem Fleischgenuss gewarnt. Manche Diabetiker nehmen colossale Mengen von Albuminaten zu sich. Das ist geradezu schädlich. Denn die Toleranz für Kohlenhydrate ist bei hoher Eiweisszufuhr in der Regel, auch in leichteren Fällen, viel geringer, als bei niedriger Eiweisszufuhr. Wenn man also darauf Werth legt, den Diabetikern so viel, aber nicht mehr Kohlenhydrate zuzuführen, als sie eben vertragen, muss man auch in leichteren Fällen die Eiweisszufuhr in vernünftigen Grenzen halten. Es scheint, dass man durch fortgesetzt hohe Eiweissgaben die Toleranz für Kohlenhydrate auf die Dauer schädigen kann.

2. *Die Frage der Qualität des Eiweisses.* Autor hat folgende Scala durch seine Versuche aufstellen können: Am wenigsten führt Eierklar zur Glykosurie, dann folgen — ohne wesentliche Verschiedenheit untereinander — Pflanzeneiweiss, Casein und die natürliche Mischung von Eierklar und Eigelb in dem Verhältniss, wie sie in den Hühnereiern vorhanden sind; hierauf folgt in einigem Abstände das Muskeleiweiss, wobei ein Unterschied zwischen den verschiedenen Provenienzen (also Fleisch von Säugethieren, Vögeln, Fischen) bisher nicht zu erkennen war. Doch das ist durchschnittliche Erfahrung, die einzelnen Fälle verhalten sich durchaus verschieden, die Individualität des Pat. ist viel maassgebender, als die Eigenart des Eiweisskörpers. Man kann also nicht sagen: dieses Eiweiss begünstigt die Glykosurie mehr als jenes, sondern man muss sagen: in diesem besonderen Falle von D. wird aus dem Eiweisskörper A mehr Zucker gebildet und in den Harn übergeführt, als aus dem Eiweisskörper B. So verfügt Autor über mehrere Fälle, wo bei absolut strenger Diät die Glykosurie von relativ hohen Werthen bis auf wenige

Zehntel-Procent herabsank, als das sämtliche Fleisch durch entsprechende Mengen von Eierklar ersetzt wurde, um sofort wieder anzusteigen, als man zu anderen Eiweisskörpern überging (z. B. Nutrose) oder zum Fleisch zurückkehrte. Andere Pat. reagierten auf den Austausch von Fleisch- und Eierkost oder von Fleisch und Roborat gar nicht. Oft wurde beobachtet, dass die Glykosurie sich jedesmal verhältnissmässig günstig verhielt, wenn nur ein einzelner Eiweisskörper in der Kost vorhanden war, also z. B. nur Fleisch oder nur Eierklar; sobald man aber mehrere mischte, so verschlechterte sich die Glykosurie auffallend. Für die Praxis ist diese Erfahrung belanglos. Denn selbst wenn man für jeden Fall bestimmte, welches Eiweiss am besten vertragen wird, so kann man doch damit die Ernährung nicht durchführen. Das ginge nur, wenn gerade Fleischeiweiss besonders gut vertragen wird, was aber am seltensten ist; bei Eiereiweiss, vegetabil. Eiweiss, Plasmon, Nutrose u. s. w. kommt man aber schon nach Tagen oder nach Wochen an die Grenze der Aufnahmefähigkeit. Ausserdem ist der wirkliche Gewinn nicht so gross, dass er die Entbehrungen wettmacht, die solch einseitige Kost auferlegt.

3. *Die Frage der Fettzufuhr.* Da letztere die Ausscheidung der Acetonkörper erhöht, wie soll man sich da in praxi verhalten? Unter allen Nahrungsfetten erhöht Butter am stärksten jene Ausscheidung, was mit dem Gehalte an niederen Fettsäuren zusammenhängen könnte. Der Werth, um den die Acetonkörperausscheidung in den einzelnen Fällen durch Zufuhr von Butter und anderen Fetten in die Höhe getrieben wird, ist äusserst verschieden; in leichteren Fällen gering, ist der Einfluss in schweren Fällen manchmal so gross, dass auf je 12—15 g Butterzulage 1 g Acetonkörper entfallen. Die anderen, an niederen Fettsäuren armen Speisefette scheinen um $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ weniger stark zu wirken. Im Princip ist es also rathsam, anderen Fetten den Vorrang in der Diabetikerkost einzuräumen; doch stösst dies auf Schwierigkeiten, da kein Fett so vielfacher Anwendung fähig ist und auf die Dauer so vertragen wird, wie das Milchfett. Man kann sich dadurch helfen, dass die Butter sehr gut ausgewaschen wird, wodurch man ihr einen grossen Theil der niederen Fettsäuren entzieht. Manchen Pat. werden Kohlenhydrate und Fette streng verboten! Ja, wovon sollen solche Pat. leben? Ohne eine gewisse, nicht allzu geringe Fettzufuhr kommt man beim Diabetiker, den man bei Kräften

halten will, auf die Dauer gar nicht aus. Man wird auch hier zwischen den Extremen laviren müssen, wobei zur Beruhigung Folgendes hervorgehoben werden kann:

a) Ein wesentlicher Einfluss der Fettzufuhr auf die Acetonkörper beginnt selbst in schweren Fällen erst, wenn die Fett- resp. Butterzufuhr 150 g am Tage wesentlich übersteigt.

b) Beim Verzicht auf diese Fettmenge würde zwar die Ausscheidung der Acetonkörper etwas vermindert werden, aber die Differenz ist nicht so gross, dass sie eine so tief in die Gesamternährung einschneidende Verordnung wie das Fettverbot rechtfertigen könnte. Das Plus an Acetonkörpern wird bei fortgesetztem Alkaligebräuche leicht aus dem Körper herausgeworfen, so lange als der D. nicht in ein zügellos fortschreitendes Stadium getreten ist.

c) Die Steigerung der Acetonkörper durch höhere Fettzufuhr markirt sich besonders in den ersten Zeiten hoher Fettzufuhr. Wenn der Fall nur einigermaassen günstig liegt, sinkt nach 8—10 Tagen trotz hoher Fettzufuhr die Acetonausscheidung wieder auf die gleichen oder noch niedrigeren Werthe, als die man bei geringer Fettzufuhr zu verzeichnen hatte.

4. *Die Frage der Kohlenhydraternährung.* Bekanntlich wirken verschiedene Kohlenhydrate sehr verschieden auf die Glykosurie ein, z. B. wird Laevulose viel besser ausgenützt bei D., als andere Kohlenhydrate, Autor hat im letzten Jahre ausgedehnte Versuche mit Hafer angestellt, und es zeigte sich, dass in sehr vielen, besonders in schweren Fällen von D. der Hafer mindestens doppelt so gut vertragen wurde, als äquivalente Mengen von Brot. Aber es giebt wiederum Fälle, wo das Gegentheil beobachtet wurde, andere, wo unter allmählich steigender Haferzufuhr die Glykosurie nicht nur nicht anstieg, sondern in dem Maasse, wie der Hafer in der Kost die Vorherrschaft erlangte, sich sogar verminderte, natürlich unter gleichzeitiger Abnahme der Acetonurie. Schon früher wurde gefunden, dass bei vorzugsweiser Reiskost, bei Kartoffelkost, bei Milchdiät die Glykosurie häufig stark absinkt. Autor kann dies für einzelne Fälle bestätigen, am eclatantesten tritt dies aber bei Haferkost hervor. Möglich dass die darin enthaltenen Salze der Glykosurie entgegenarbeiten. Es wurden die günstigen Resultate aber auch nur da erzielt, wo der Hafer in der Kost vorherrschte, daneben kein anderes Kohlenhydrat gereicht wurde. Anfangs

begrüsste Autor die Entdeckung lebhaft, dass man durch überwiegende Haferkost in schweren Fällen von D. Glykosurie und Acetonurie enorm herabdrücken, die Toleranz für Stärkemehl enorm steigern könne. Aber diese Fütterung ergab dann auch starke Nachtheile. Zunächst geht es ja den Pat. ausgezeichnet, aber nach 10—14 Tagen muss man schon die Diaet ändern, da sie nicht weiter durchzuführen ist, und dann sind Glykosurie und Acetonurie sofort wieder da, sie steigen sogar sehr rasch an bei der gewöhnlichen Diabetikerkost. Hoffentlich lernt man noch, diesen Nachtheil zu umschiffen, vorläufig muss man die Sache noch lassen, wie überhaupt die geschilderten Studien vorläufig praktische Bedeutung noch nicht besitzen, vielmehr einstweilen an den altbewährten Grundsätzen der Diabetestherapie noch nicht gerüttelt werden kann, bei der die Beschränkung der Kohlenhydrate noch die wichtigste Rolle spielt.

(74. Naturforscherversammlung, Sept. 1902. -- Wiener med. Presse 1902 No. 40.)

— **Ueber einige der neueren Untersuchungsmethoden bei schwerem D. und über Milhcuren bei demselben** schreibt A. Voltolini (Naumburg a. B.) und stellt am Schlusse seiner fleissigen und interessanten Arbeit seine Beobachtungen an einem Falle von D. wie folgt zusammen:

1. Von den Methoden der Zuckerbestimmung in diabetischen Harnen ist qualitativ die von Cippolina angegebene, quantitativ die mit dem Lohnstein'schen Gährungs-Saccharometer anzustellende die empfehlenswerthe.

2. Die geeignetste Aceton-Reaction im Harn ist neben der Legal'schen die von Denigès-Oppenheimer angegebene Reaction, die eindeutigste Acetessigsäure-Reaction ist die von Lipliawsky modificirte Arnold'sche Probe.

3. Die Ehrlich'sche Diazoreaction beruht nicht auf der Anwesenheit von Acetessigsäure im Harn, und Acetessigsäure enthaltende Harne geben nicht die Diazoreaction.

4. Nicht in allen Fällen von schwerem D. wird auch Pentose ausgeschieden, zu deren Nachweise im Uebrigen Bial's Pentose-Reagens in erster Linie in Betracht kommt.

5. In einem Falle von schwerem D. war nach wiederholten Perioden strenger Mischdiaet niemals irgendwelche Verminderung der Glykosurie oder irgendwelche Hebung der Toleranz zu bemerken.

(Inaug.-Dissert. 1902 Leipzig.)

- Einen **Fall von Erysipel bei D. insipidus** publicirt Dr. Tölken. Während intercurrente fieberhafte Krankheiten beim D. insipidus in der Regel eine wesentliche Abnahme der Polyurie mit Steigen des specifischen Gewichtes des Urins und eine Ermässigung des Durstes herbeiführen, ja manchmal andauernde Heilung bewirken, war es bei obigem, einen 47jährigen Zimmermann betreffenden Fall gerade umgekehrt. Patient kam wegen Magenbeschwerden und allgemeiner Mattigkeit ins Krankenhaus; Durst seit einiger Zeit vermehrt; Harnmenge 2000 bis 3600 ccm. Harn selbst klar, blass, specifisches Gewicht 1010, ohne Zucker und Eiweiss. Da erkrankte Pat. an Erysipel; Temperatur stieg nicht über 39°. In den beiden ersten Tagen noch keine wesentliche Vermehrung der Polyurie, die erst am 3. Tage bei vermehrtem Durste zu steigen anfang; am 4. Tage 5 l, am 6. plötzlich 12 l, 2 Tage später mehr als 14 l., während die Temperatur kritisch von 39° auf 36° abfiel. An den beiden folgenden fieberfreien Tagen stieg die Harnmenge auf fast 16 l, um dann in den nächsten 3 Tagen auf 3 l abzusinken, wodurch der frühere Zustand wieder hergestellt war. Das spec. Gewicht betrug mehrere Tage nur 1001, der Durst war so gewaltig, dass Nachts ein Eimer Wasser vor's Bett gestellt wurde.

(v. Leyden—Festschr. Bd. II. — Deutsche Medicinal-Ztg. 1902 No. 84.)

Dysenterie. Einen **Beitrag zur Behandlung der D. mit**

Radix Ipecacuanhae liefert Dr. J. Strasburger (Medicin. Klinik Bonn), welcher 2 *Fälle von tropischer D.* zu beobachten Gelegenheit hatte. In dem *ersten* handelte es sich um einen Fall von typischer, in China acquirirter Amoebendysenterie, die seit $\frac{5}{4}$ Jahren bestand, zeitweise gebessert, aber nie ganz geheilt worden und seit $7\frac{1}{3}$ Monaten wieder in ein acutes Stadium getreten war. Pat. musste jetzt das Bett hüten und erhielt strenge Diaet. Nacheinander fanden die verschiedensten Medicamente Anwendung: Ricinusöl, Opium, Darmausspülungen mit Alumin. acetico-tartar. ($\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ %), später lange Zeit hohe Einläufe von Tanninlösung, ($\frac{1}{2}$ %), intern Tanocol, Wismuth u. s. w. Die ersten 6 Wochen so gut wie kein Erfolg, täglich im Durchschnitt 7 Stühle. Dann 2 Wochen Besserung; auf 3—4 tägige Verstopfung folgte je 1 Tag mit 2—3 noch dünnen, etwas schleimig-blutigen Stühlen. Ohne nachweisbare Ursache dann wieder Verschlechterung, die Stühle wurden wieder schlimmer, enthielten wieder Amoeben, man

musste sich am 18. II. 1902 sagen, das Leiden sei im Wesentlichen auf dem Standpunkt wie vor 2 Monaten. Nunmehr Ordination von Pulv. Ipecac. 1,0 nebst Tinct. Opii gtt. X., 1 Dosis Morgens, 1 Dosis Abends. Beidemal wurde ein Theil des Pulvers erbrochen. Trotzdem auffallender Erfolg, denn schon Tags darauf entschiedene Besserung. Als 8 Tage später der Stuhl wieder blutig wurde, Wiederholung der Behandlung, jetzt musste aber Pat. 25 Tropfen Tinct. Opii $\frac{1}{4}$ Stunde vor dem Pulver nehmen. Wieder am nächsten Tage Besserung, Stühle bald normal. Einige Zeit später wieder Recidiv, das wieder durch einige Pulver beseitigt wurde. Ipecacuanha wirkte also 3 Mal prompt, wo andere Mittel (auch Opium allein) versagt hatten. Im 2. Falle hatte Pat. vor 2 Jahren in Afrika D. acquirirt und seitdem sie behalten. Auch hier der Stuhl, der 10 Mal täglich entleert wurde, blutig war und ebenfalls zahlreiche Amöben enthielt, nach 3tägiger Cur erheblich gebessert. Dies war im Februar 1902. Seitdem sind die Stühle normal geblieben, Pat. fühlt sich vollkommen wohl. — Wenn bei D. in unseren Gegenden Ipecacuanha so oft versagt, so liegt dies wohl daran, dass unsere D. durch spezifische Bacillen hervorgerufen wird, gegen die Ipecacuanha jedenfalls unwirksam ist, während bei der tropischen Amöbendysenterie, wie die Erfahrungen der Tropenärzte und wieder obige Fälle beweisen, das Mittel oft prompte Wirkung äussert.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 36.)

Gonorrhoe. Diosmal ist der von Runge dargestellte wirksame Stoff aus den *Buccoblättern*. Diese wurden früher bei Harnkrankheiten viel verordnet, und zwar als Infus. *Buccothee* verdient auch heute noch, warm empfohlen zu werden. Manche Pat. vertragen aber Thees nicht, finden auch oft nicht Zeit zur Zubereitung u. s. w. Für diese bietet Diosmal einen zweckentsprechenden Ersatz. Dr. M. Fürst (Hamburg) hat das Präparat in letzter Zeit vielfach angewandt und war mit den Erfolgen recht zufrieden. Es wird in Pillen (à 0,15 des Extractes) und Kapseln (à 0,3 oder 0,5) hergestellt; von ersterem gab Autor 3 Mal täglich 2—5 Stück, von letzteren 3 Mal 2—4 Stück. Das Präparat wurde stets gern genommen und gut vertragen. Autor ordinirte es besonders bei *acuter G.* und *Cystitis gonorrhoeica* statt der üblichen Balsamica, die so oft Magendarmbeschwerden machen, Arzneiexantheme bewirken u. s. w., zur Unterstützung der localen

Therapie. Es wirkte prompt, und zwar auch bei *Cystitis nongonorrhoeica*, wo es die Diurese anregte und den Eiter bald zum Verschwinden brachte. Auch bei einigen Fällen von *Pyelitis*, *Pyelonephritis*, *Nephritis* wurden symptomatische Besserungen erzielt.

(Monatshefte für prakt. Dermatologie 1902 Bd. 35 No. 7.)

- Ueber **eine seltene Complication der chronischen G.** berichtet Dr. S. Gross (Wien). Derselbe wurde consultirt von einem Herrn, der sich vor 1½ Jahren inficirt hatte, trotz fortwährender specialistischer Behandlung seine G. nicht los wurde und jetzt noch schleimiges, gonokokkenhaltiges Secret hat. Bei genauer Palpation der Harnröhre fand Autor an der Unterseite derselben, unmittelbar hinter dem Sulcus coronarius ein über erbsengrosses Knötchen, der Urethra fest und unverschieblich aufsitzend. Wird das Praeputium stark zurückgeschoben und derart das Frenulum angespannt, so wölbt jener Knoten dasselbe bogenförmig vor. Keine entzündliche Reaction, keine Schmerzhaftigkeit; keine Communication nach aussen, ebensowenig lässt sich von dem Knoten gegen das Orificium urethrae hin irgend eine strangförmige Fortsetzung nachweisen. Pat. willigt in die Entfernung des Knotens, der ziemlich leicht aus dem schwierig verdickten Gewebe ausgeschält wird. Die Untersuchung des Gebildes lehrte, dass es aus vielfach gebuchteten und verzweigten Gängen bestand, die sich zu einem kurzen, in die Urethra mündenden Gange vereinigten. Die Gänge selbst entsprachen den Morgagni'schen Lacunen. Das eigenthümliche Auswachsen derselben und ihre Verzweigung ist entweder angeborener Weise vorgebildet, oder vielleicht durch den entzündlichen Process bedingt gewesen. Knötchenartige Bildungen an der Urethra kommen im Verlaufe einer G. nicht selten vor: als para-urethrale Entzündungen, als sogenannte Follikel, als Periurethritis; alles dies lag hier nicht vor. Wir müssen annehmen, dass das eigenthümliche klinische und anatomische Bild durch die besonderen vorgebildeten Verhältnisse (Divertikel der Urethra) unter Vermittelung des gonorrhoeischen Entzündungsprozesses zu Stande gekommen ist.

(74. Naturforscherversamml., September 1902. — Wiener med. Presse 1902 No. 40.)

- Einen **Fall von habitueller Urticaria gonorrhoeica** berichtet Dr. Orlipski (Halberstadt). Pat. inficirte sich 3 Mal gonorrhoeisch, vor 15 Jahren, vor 2 Jahren und kürzlich. Jedesmal, wenn Pat. die G. hatte, bekam er

einen quaddelartigen, stark juckenden Hautausschlag. Denselben sah Autor bei der 2. Infection und constatirte eine richtige Urticaria. Da Pat. sonst nie an Hautausschlägen litt, auch keine andere Ursache für die Urticaria vorlag (Arzneiexanthem, Autointoxication etc.), kann nur die G. als aetiologischer Factor gelten. Sobald bei dem Pat. die Gonorrhoe abgeheilt war, verschwand auch die Urticaria.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 40.)

Hernien. Zur **Darmwirkung des Atropins** macht Dr. P.

Ostermaier (München) bemerkenswerthe Mittheilungen. *Bei sechs Fällen incarcerirter H. bewährten sich Atropininjectionen (subcutane à 1 mmg) vorzüglich.* Es handelte sich um ganz alte Leute mit Leisten- oder Cruralhernien, bei einem Theile war die Taxis, selbst unter Chloroform, ohne Erfolg versucht worden. Nachdem Atropin subcutan (entweder in der Gegend der Bruchpforte oder am Arm, was keinen Unterschied zu machen schien), applicirt worden war, gelang sofort *Spontanreposition*, und zwar 4 Mal nach der 1. Injection, 1 mal sofort nach der 2. und 1 mal sofort nach der 3. Injection. Günstige Beeinflussung des Allgemeinzustandes in subjectiver und objectiver Beziehung trat stets nach der 1. Injection fast momentan ein. Hagen hat bereits 1890 auf die Erfolge von Belladonna bei Incarcerationen aufmerksam gemacht, die auf Erregung der Peristaltik beruhen, die 1—2 Minuten nach der Injection eintritt, gleichzeitig mit Verengerung der Mesenterialgefäße. Es scheint, dass je nach dem Fall eine ganz bestimmte Dosis Atropin im Blute kreisen muss, bis diese Wirkung erzielt wird. Die Dosis dürfte zwischen 1—10 mmg liegen. Ostermaier hält es für das Zweckmässigste, einer nicht zu kleinen Anfangsdosis (1—2 mmg) in etwa $\frac{1}{2}$ stündigen Pausen solange $1\frac{1}{2}$ mmg zuzulegen, bis die Darmwirkung erzielt ist. Gleichzeitig mit der die Peristaltik anregenden Wirkung besitzt das Atropin eine krampfstillende, durch die eine stürmische Peristaltik beruhigt wird und krampfhaft Darmcontractionen universeller Natur, wie sie z. B. bei der Bleikolik bestehen, oder partieller, wie wir sie bei den auf gewisse Darmabschnitte localisirten spastischen Zuständen in Form eines Tetanus sehen, sicher behoben werden. Auf der narkotischen Wirkung, die gleichfalls dem Atropin in nicht geringem Grade eigen ist, kann dieser lähmende Einfluss auf die Peristaltik oder die „antispasmodische Eigenschaft“ wohl nicht beruhen. Denn bei denjenigen spastischen Zuständen,

bei denen der Spasmus durch eine tiefer abwärts sitzende Atonie bedingt ist, und diese sind entschieden die häufigsten, wirken sogar stärkere Narcotica, z. B. Opiate, gar nicht, weil der nothwendige Endeffect, die Behebung der Atonie, durch dieselben nicht erreicht wird; auch wird durch sie häufig die stürmische Peristaltik nicht behoben, nämlich wenn ihr, wie so oft beim mechanischen *Ileus*, eine schwere Atonie zu Grunde liegt. In allen diesen Fällen ist das Atropin das souveräne Mittel. Ohne Einfluss ist die narkotische Wirkung jedoch sicher nicht bei den Einklemmungen, wo sie zur Entspannung der Bruchpforte nicht unwesentlich, wenn auch weniger, als die des Opiums oder Chloroforms, beizutragen vermag. Bei den letzteren Mitteln ist dieser entspannende Einfluss wahrscheinlich der einzige, den sie auf eingeklemmte H. auszuüben vermögen, weshalb die erzielten Resultate stets weit hinter denen der Belladonna zurückgestanden sind. Die Verengerung der Mesenterialgefässe, wie sie Hagen gefunden, ist nach zweifacher Richtung von grosser Bedeutung. Jeder, der einmal Atropin einem collabirten Darmkranken injicirt hat, weiss, wie derselbe über Erwarten schnell aus dem Collaps herauskommt, wie beinahe momentan die vorher leere Radialis einen vollen Puls aufweist, der nicht mehr arhythmisch ist und normale Frequenz bekommt. Das Darmmittel wird gleichzeitig zum Herzmittel, wenn das im Pfortadergebiet angestaute Blut zu den vorher schlecht ernährten inneren Organen, besonders Gehirn und Herz, abgeleitet wird. Was aber eine Verengerung der Mesenterialgefässe bei Incarcerationen bedeutet, ist klar: es müssen die räumlichen Verhältnisse im eingeklemmten Bezirk auf das Günstigste beeinflusst werden. Bei der Frage des Zustandekommens einer Einklemmung spielen die handgreiflichen mechanischen Verhältnisse natürlich die Hauptrolle. Aber auch andere Dinge spielen mit. Warum treten im Bruchsacke derartige Zustände ein, dass der zuführende oder abführende Schenkel des Darmrohres eine Knickung erfährt, warum kommt es an der Bruchpforte zu einem Ventil- oder zu einem Keilverschluss, oder warum kommt es im Bruchsack zu einer Incarceration durch Invagination oder Achsendrehung? Tritt im Bruchsack durch die Vorwärtsbewegung des Darminhaltes ein räumliches Missverhältniss ein, so wird der Darm mit einer abnormen Muskelthätigkeit reagiren, deren Endeffect im ungünstigen Fall ein atonischer Zustand, vielleicht von allerkleinstem (räumlichen) Umfang ist, auf welchen atonischen Zustand

das anstossende höhere Darmstück mit gesteigerter Motilität (mit Spasmus oder vermehrter Peristaltik) antworten wird. Dies sind aber Functionsstörungen, die ihrerseits wieder das räumliche Missverhältniss ungünstig beeinflussen müssen, und dies wird wieder die Atonie vermehren — ein bedenklicher Circulus vitiosus. Je nach der Enge der Bruchpforte und dem Füllungsgrade des Darms wird dem eingeklemmten Stück mehr oder weniger (oder unter Umständen gar nicht), schneller oder langsamer nachrückender Inhalt zugeführt. Tritt nun in günstig gelagerten Fällen eine spontane Reposition ein, so kann das nur dadurch geschehen, dass entweder durch gesteigerte motorische Thätigkeit des nicht eingeklemmten Darmes der eingeklemmte aus dem Bruchsack herausgezogen wird, oder dass im atonischen Stück sich wieder peristaltische Bewegungen einstellen, dass der Spasmus gelöst wird und die räumlichen Verhältnisse im Bruchsacke wieder günstiger werden, was wiederum auf die motorische Thätigkeit des eingeklemmten Darmes vortheilhaft wirken muss — diesmal ein Circulus heilsamer Art. Aehnliches wird auch durch eine schonende Taxis bewirkt, Atropin aber erleichtert das Zustandekommen der für die Restitutio nothwendigen natürlichen Factoren in zartester Weise, der gegenüber die schonendste Taxis ein brutales Verfahren ist. In vielen Krankheitsprocessen nun, die zum mechanischen Ileus führen, spielen gleichfalls die gestörte motorische Function, die Atonie und der Spasmus, der Füllungsgrad der Mesenterialgefässe eine grosse Rolle, und auch beim Zustandekommen einer Heilung muss gleiche Aenderung der Verhältnisse in Frage kommen. Es ist nun beklagt worden, dass die event. nothwendige Operation durch die Atropindarreichung einen bedauerlichen Aufschub erleidet. Aber wenn Atropin früh genug und in genügender Dosis gereicht werden wird, kommt dies ganz ausser Betracht. Wird man künftig in den dazu geeigneten Fällen innerhalb 4—5 Stunden in kurzen Pausen Atropin bis zu 10 mmg (wenn keine Vergiftungserscheinungen eintreten) injiciren und sofort zur Operation schreiten, wenn nach 6—8 Stunden nach der 1. Injection ein gesichertes Resultat nicht erzielt ist, dann wird man der Gefahr der Verschleppung aus dem Wege gehen. Atropin leistet meist viel mehr als Opiate, seine Wirkung ist oft zauberhaft! Welche Vorthteile bietet es bei Incarcerationen! Eine Massenreduction, die nach Lanz auch ohne Anwendung grösserer Kraft möglich ist, sowie das Zurück-

gehen eines gangraenösen Darmes ist hier ausgeschlossen. Es kann ferner bei der Taxis ein durch Invagination oder Achsendrehung incarcerirter Darm zurückgehen, aber Invagination und Achsendrehung fortbestehen; bei Atropin geht zweifellos eine solche Hernie nur zurück, wenn Invagination und Volvulus beseitigt sind. Also: *Bei äusseren Incarcerationen setze man die Atropinbehandlung an Stelle der Taxis, nicht aber der Herniotomie, beim Ileus dieselbe an Stelle der Opiumtherapie, schiebe hier aber bei Nichtwirkung die Operation nur auf wenige Stunden hinaus.*

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 36.)

Impotenz. Impotentia coëundi infolge genuiner Hoden-

atrophie beobachtete Dr. Leven (Elberfeld). Pat., ein Mann im mittleren Lebensalter, klagt über I., welche sich im Laufe des letzten Jahres entwickelt hat. Er hat vor ca. $\frac{1}{2}$ Jahr eine Gonorrhoe gehabt, sonst keinerlei Geschlechtskrankheiten. Der Beginn der I. hat sich jedoch schon etwa $\frac{1}{2}$ Jahr vor der Gonorrhoe bemerkbar gemacht in der Weise, dass jede Libido fehlte und Pat. in längeren Zwischenräumen den Coitus nur ausübte, um festzustellen, ob eine Erection überhaupt noch stattfände. Eine Complication bei der Gonorrhoe war nicht vorhanden. Pat. stammt aus gesunder Familie, hat nie masturbirt, hatte früher normale Geschlechtsempfindungen, keine Persionen. Die Untersuchung ergibt beiderseits, besonders links, auffallend kleine und schlaffe Testikel, irgend etwas Abnormes ist an denselben nicht zu constatiren, keine Verhärtungen; die Hoden sollen nach bestimmter Angabe des Pat. früher bedeutend grösser gewesen sein, die Verkleinerung ist allmählich ohne jede Schmerzempfindung erfolgt. Die Untersuchung des Sperma ergibt völliges Fehlen der Spermatozoen; Urinuntersuchung quoad Zucker und Eiweiss negativ. Patellarreflexe und Pupillarreaction auf Licht und Accommodation normal, keine neurasthenischen Erscheinungen. Aus der Krankengeschichte geht hervor, dass die I. sich infolge der Azoospermie bei dem Pat. allmählich entwickelt, und dass gleichzeitig eine allgemeine Verkleinerung beider Testikel stattgefunden hat. Es handelte sich also um eine erworbene Atrophie der Hoden, für welche eine der sonst bekannten Ursachen nicht vorlag, wie Hydro-, Haemato- und Varicocele, Druck von Hernien, Entzündungen oder Traumen, Masturbation; haemorrhagischer Infarct (Apoplexia testiculi nach Volkmann) infolge plötzlicher Circulationsstörungen, wobei unter schweren Allgemeinerscheinungen

plötzliche Anschwellung der Hoden auftritt, welche später zuweilen, falls keine Eiterung erfolgt, in allmähliche Schrumpfung übergeht; auch diese Affection konnte hier nicht vorliegen, da Pat. nie Schmerzen, nie Schwellung hatte, die Atrophie hier auch doppelseitig war. Auch die Gonorrhoe war sicher nicht aetiologisch schuldig, da sie erst nach dem Nachlassen der Potenz acquirirt wurde und die Hoden und Nebenhoden intact geblieben waren. Es lag hier also zweifellos eine I. infolge genuiner Atrophie, einer frühzeitigen totalen Involution der Testikel vor. Vielleicht erklärt sich mancher Fall, bei welchem man die I. bei Fehlen organischer Störungen auf eine allgemein neurasthenische Basis zurückführen zu müssen glaubte — ist es doch sehr natürlich, dass ein Mann, welcher sich allmählich sexuell immer schwächer werden fühlt, neurasthenisch wird —, bei genauer Untersuchung auf diese Weise; die Neurasthenie ist dann eben nicht die Ursache, sondern die Folge der I. Jedenfalls lehrt der Fall die Nothwendigkeit, bei jedem Falle von I., welcher nicht ohne weiteres zu erklären ist, eine Untersuchung des Samens vorzunehmen. Die Prognose war hier selbstverständlich eine ungünstige.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1902 Bd. 35 No. 4.)

- **I. infolge übermässigen Tabakgenusses** ist nach Dr. de Sergais (Luchon) gar nicht so selten, und hat derselbe selbst fünf Fälle gesehen, jüngere Männer betreffend, bei denen sich ausser anderen Intoxicationerscheinungen noch hochgradige I. entwickelte. Durch Fernhalten vom Tabakgenuss ist noch Heilung zu erzielen. Gautier und Le Bon haben im Tabak neben Nicotin noch viel giftigere Alkaloide gefunden, die, wie aus Versuchen an Fröschen hervorging, besonders auf das Rückenmark einwirken, und Thiersversuche an Hunden, Hasen etc. von Dr. Georges Petit zeigten, dass bei künstlicher Intoxication mit Tabak sich bei den Männchen Atrophie der Testikel, fibröse Degeneration entwickelte, die Samenbläschen matsch wurden, bei den Weibchen dementsprechende Veränderungen an den Ovarien etc. entstanden.

(Archives génér. de méd., April 1902. —
Wiener klin. Wochenschr. 1902 No. 38.)

Menstruationsstörungen. Aspirin bei nervöser Dysmenorrhoe empfiehlt Dr. O. Lehmann (Charlottenburg). Gewöhnlich verabfolgte er bei Beginn der ersten Er-

scheinungen 1 g und 1 Stunde später noch $\frac{1}{2}$ g. Zuweilen genügte dies, während in anderen Fällen mit stündlicher Weiterverabreichung von $\frac{1}{2}$ g bis insgesamt 2—3 g fortgeföhren werden musste. In noch anderen Fällen mit längeren Vorboten musste noch anders vorgegangen werden, so z. B. bei einem jungen Mädchen, bei welchem der dysmenorrhöische Zustand zu einem halbtägigen menstrualen Irresein führte. Hier wurden die bisher jedesmal 2 Tage vorausgehenden unerträglichen Kopfschmerzen mit Schwindel und heissen Wallungen durch Gebrauch von täglich 3 mal 1 g Aspirin so beeinflusst, dass sie, sowie die Unterleibschmerzen so erheblich gemildert waren, dass die Pat. ihre tägliche Beschäftigung nicht zu unterbrechen brauchte.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 32.)

- Einen **Fall von Katatonie im Anschluss an die erste Menstruation** beobachtete Dr. H. Mucha (Franz. Buchholz). Es handelte sich bei dem 15jähr. Mädchen um eine ausgeprägte Katatonie. An ein mehrtägiges Stadium der motorischen Erregung mit schreckhaften Delirien schloss sich ein Stupor mit stereotypen Haltungen und Bewegungen, Nahrungsverweigerung, Spannungen in der Körpermuskulatur an; häufige katatonische Krampfanfälle unterbrachen die gewöhnliche Starre. Bemerkenswerth erschien der unmittelbare Anschluss der Erkrankung an die 1. Menstruation. Zur Zeit der Menses stellen sich ja bei Geisteskranken oft heftigere Erregungszustände ein; wir kennen ferner Fälle von periodischem menstrualen Irresein, welche bei meist hereditär belasteten, jedenfalls stets mit einer neuropathischen Constitution behafteten Individuen vorkommen. Indessen gehört es sicherlich zu den Seltenheiten, wenn bereits der erste Eintritt der Menstruation eine so gewaltige Erschütterung des Nervensystems hervorruft, dass eine derartig schwere, in Bezug auf die Prognose höchst bedenkliche Geisteskrankheit besteht, wie im obigen Falle, noch dazu bei einem scheinbar erblich nicht belasteten, allerdings nur mässig begabten, aber doch vorher anscheinend geistig ganz normalen Individuum. Auch das sehr jugendliche Alter von 15 Jahren ist ungewöhnlich für den Ausbruch einer Katatonie.

(Neurolog. Centralblatt 1902 No. 20.)

Rheumatismen. Serumbehandlung des acuten und chron.

Gelenkrheumatismus hat Stabsarzt Dr. Menzer (Berlin, III. medic. Univ.-Klinik) als Folge seiner Auffassung dieser Leiden als einer von den oberen Luftwegen

ausgehenden Streptokokkeninfection eingeleitet, und zwar nach dem Tavel'schen Princip, nach welchem die Immunisirung grösserer Thiere direct mit steigenden Dosen der in Ascitesbouillon zu Massenculturen angelegten, frisch von den Tonsillen der Rheumatiker isolirten Streptokokken unter Vermeidung vorhergehender Thierpassagen erfolgte (Merck, Darmstadt). Die Anwendung dieses Serums bei acutem Gelenkrheumatismus unterstützt und beschleunigt durch Zuführung antibakterieller Stoffe die natürliche Heilbestrebung des Organismus, es verwandelt den chron. Rheumatismus wiederum in einen acuten, indem es an den chron. erkrankten Gelenken zunächst stärkere Schwellung und frische Entzündung, dann Resorption des abgelagerten Exsudates und Heilung resp. Besserung, soweit nicht feste Verwachsungen, Knorpelveränderungen u. s. w. vorliegen, herbeigeführt. Es kann von ihm nicht erwartet werden, dass es im acuten Stadium Fieber und Gelenkaffectionen coupirt, weil es an allen Stellen, wo schon die Erreger sitzen, an Gelenken, Sehnenscheiden, Endocard, Pleura etc. Localreactionen hervorruft. Diese Affectionen treten aber in continuirlicher Folge nach einander auf, es werden nicht fieber- und schmerzfreie Intervalle, denen Recidive folgen, wie bei der Salicylbehandlung eingeschoben, die Pat. sind jedoch, sobald die Entfieberung, welche lytisch erfolgt, eine völlige ist, wirklich als Reconvalescenten zu betrachten. Soweit bisher die Erfahrungen reichen, versprechen auch die Heilungsbedingungen der Endocarditis günstige zu werden. Die Zahl der vom Autor durchweg mit günstigem Erfolge behandelten acuten Fälle ist 25; auch chronische, mehrere Monate und länger nach allen anderen Methoden vergeblich behandelte Fälle konnte er noch heilen resp. erheblich bessern. Nachtheilige Folgen der Serumbehandlung sah er nicht, zuweilen leichte Reizerscheinungen an der Injectionsstelle (Oberschenkel), auch leichte Leistendrüsenschwellungen, später im Stadium der Entfieberung in $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ der Fälle Urticaria, Erytheme u. dgl., Erscheinungen, die in 1—2 Tagen verschwanden. Früher mussten täglich 10—20 ccm (im Ganzen 100—150 ccm) eingespritzt werden, jetzt von stärkeren Immunseren täglich 5—10 ccm, im Ganzen 30—50—75 ccm.

(Die Therapie der Gegenwart, Juli 1902.)

- **Mesotan**, ein äusserlich anwendbares Antirheumaticum, das er seit $\frac{1}{2}$ Jahr bei etwa 120 Pat. benützt, empfiehlt Dr. Floret (Elberfeld). Das Mesotan der Firma Fr. Bayer & Co.

ist ein Methyloxymethylester der Salicylsäure, eine klare, gelbliche, nahezu geruchlose, mit den bekannten organischen Lösungsmitteln, sowie mit Oel mischbare Flüssigkeit, welche von der Haut sehr leicht resorbirt wird. Bei ausgesprochenen Rh. liess das Mittel so gut wie nie im Stich, die Erfolge traten hier so prompt und sicher ein, dass dieselben in zweifelhaften Fällen von Gelenk- und Muskelaffectionen sogar sich diagnostisch verwerthen liessen, indem sie anzeigten, dass, wo sie eintraten, wirklich Rh. im Spiel waren, wo nicht, es sich um nicht rheumatische Leiden handelte. Die glänzendsten Resultate ergaben acute Muskelrheumatismen. Oft waren dieselben geradezu wunderbar, z. B. genügten bei Lumbago rheumatica oft 1—2 Einreibungen, um die Schmerzen zu beseitigen. Auch bei acutem Gelenkrheumatismus bewährte sich das Mittel, neben der internen Darreichung von Salicyl, glänzend; der Krankheitsverlauf war verkürzt, weniger schmerzvoll. Bei nicht rheumatischen Gelenkschmerzen, wie bei gonorrhoeischen Gelenkaffectionen versagte es vollkommen. Dagegen bewährte es sich auch bei chron. Muskel- und Gelenkrheumatismen ausgezeichnet; es beseitigte prompt den Schmerz, die Pat. hatten nach jeder Einreibung für Stunden, nach mehrtägiger Anwendung für längere Zeit Ruhe. Bei Neuralgien versagte es, dagegen wirkte es günstig bei dem acuten Gelenkrheumatismus aetiologisch nahestehenden Leiden: So linderte es in einem Falle von chron. Pleuritis sicca die jahrelang bestehenden Schmerzen ganz wesentlich, ebenso Gliederschmerzen bei Angina und Influenza. Anfangs bewirkte die Einreibung bisweilen Ekzem, dann aber, als Autor es mit Olivenöl verdünnt anwandte, nicht mehr. Meist genügt eine Mischung zu gleichen Theilen, nur manchmal sind höhere Concentrationen nothwendig. Man braucht nur 2—3 mal tägl. eine geringe Menge einzureiben, eine Ueberdeckung darauf ist nicht erforderlich. (Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 42.)

Rhinitis. **Renoform**, ein *neues Schnupfenmittel von Nebennierenextract*, empfiehlt Dr. Br. Goldschmidt (Reichenhall). Die günstige Wirkung, die man bei Verwendung der Nebennierenpräparate auf Zustände acuter oder chron. Schwellung der Nasenschleimhaut beobachtete, legte den Gedanken nahe, nach einer Anwendungsform der genannten Präparate zu suchen, welche handlich, billig und dennoch wirksam, ihre Verwendung sowohl in ärztlichen Händen, als auch als populäres „Schnupfenmittel“ ermöglichte. Ein

Zusatz von 0,05—0,1 Extract. supraren. sicc. (der Firma Dr. Freund & Dr. Redlich, Berlin N.) zu 5 g eines indifferenten Pulvers genügte, um in Berührung mit der Nasenschleimhaut die bekannten ischaemischen Symptome und deren Folgezustände hervorzurufen. Genannte Firma bringt das Pulver in kleinen Schnupftabaksdöschen (30 Pf.) in den Handel.

(Die Therapie der Gegenwart, August 1902.)

- Hugo Moos hat zur Pflege der Nasenhöhle einen **Nasenspüler** construiert, dessen Gestaltung auf bequeme Weise eine ausgedehnte Bespülung der Nasenschleimhaut mit Flüssigkeiten bei geringem Druck ermöglichen soll. Er ist durch Gebrauchsmuster geschützt und besteht aus einer ungefähr 14 cm langen Röhre, die in eine mit einem Ausflussröhrchen versehene Halbkugel ausläuft. Während man an einem Tisch sitzt, auf welchem sich ein Waschbecken befindet, fasst man das gefüllte Gefäss zwischen Daumen und Mittelfinger, schliesst mit dem Zeigefinger die Eingussöffnung, bringt das Ausgussröhrchen in das betreffende Nasenloch, sodass die Ränder des letzteren der Oberfläche der Halbkugel überall anliegen, wobei die Röhre schräg vor die Nase zu stehen kommt und der flache Theil der Halbkugel gleichzeitig nach unten, aussen und vorn sehen soll, und lässt durch mehrmaliges, ganz kurz dauerndes Aufheben des Zeigefingers bei natürlicher Kopfhaltung und bei geöffnetem Munde die Flüssigkeit ausfliessen. Nach jeder Lüftung des Zeigefingers entfernt man den Nasenspüler von der Nase, um die Flüssigkeit wieder aus ihr herauslaufen zu lassen. Bei verstopfter Nase soll die Oberfläche der Halbkugel den Rändern des Nasenloches nur leicht anliegen, ohne es fest abzuschliessen. Die Anwendung kann auch in der Weise erfolgen, dass die Röhre des Nasenspülers gerade nach vorn zu liegen kommt, und das Ausflussröhrchen der häutigen Nasenscheidewand anliegt, sie etwas nach einwärts schiebend.

(Die Krankenpflege I, 11.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Ueber die Dauer der menschlichen Schwangerschaft ist ein Artikel von Privatdoc. Dr. H. Fütth (Leipzig, Univers.-Frauenklinik) betitelt. Im Neuen Bürgerl. Gesetzbuch ist als Empfängnisszeit die Zeit vom 181. bis zum 302. Tage vor dem Tage der Geburt des Kindes mit Einschluss sowohl des 181. als auch des 302. Tages bezeichnet. Nun hat kürzlich v. Winckel neue Untersuchungen über die Dauer

der Gravidität veröffentlicht, wobei er neue Bahnen einschlug. Er war zur Ueberzeugung gekommen, dass, wenn man aus der Zahl der Neugeborenen diejenigen herausnimmt, welche ungewöhnlich schwer und gross, d. h. 52 cm und mehr lang und 4000 g und mehr schwer sind, und bei diesen die Dauer der Schwangerschaft berechnet und diese mit der mittleren Dauer aller ausgetragenen Kinder vergleicht, wenn man also von allen besonders grossen Fruchtbefunden aus die Schwangerschaftsdauer ermittelt, dass sich dann grössere Klarheit in der so wichtigen Frage gewinnen liesse. Dass dies richtig, zeigte sich bei den Nachprüfungen am Leipziger Material, welche ganz ähnliche Resultate ergaben, wie das Münchener Material v. Winckel's. Letzterer ermittelte unter dem seinigen 3,45 % solcher übergrosser Kinder, in Leipzig wurden 4,68 % notirt, davon nach dem 1. Tage der letzten Regel berechnet, etwas mehr als $\frac{1}{8}$ nach einer Dauer von 302 Tagen geboren (v. Winckel mehr als $\frac{1}{7}$). Auffallenderweise ist die Zahl derjenigen Fälle, in denen nach dem Cohabitationstage die Kinder über 302 Tage getragen wurden, in beiden Statistiken völlig gleich, nämlich 4. In Leipzig hatten die 4 Frauen ihre Kinder 304, 305, 312, 319 Tage getragen. Dass in $\frac{1}{7}$ — $\frac{1}{8}$ der Fälle die Gravidität bei starker Entwicklung des Kindes über 302 Tage dauert, hat natürlich in gerichtlichen Fällen grosse Bedeutung. Ueber diesen Punkt ergreift Prof. Zweifel selbst das Wort. Im Bürgerl. Gesetzbuch lautet betreffs der *ehelichen* Kinder § 1592 so: „Als Empfängnisszeit gilt die Zeit von dem 181. Tage bis zum 302. Tage vor dem Tage der Geburt des Kindes, mit Einschluss sowohl des 181., als des 302. Tages. Steht fest, dass das Kind innerhalb eines Zeitraumes empfangen worden ist, der weiter als 302 Tage vor dem Tage der Geburt zurückliegt, so gilt zu Gunsten der Ehelichkeit des Kindes dieser Zeitraum als Empfängnisszeit.“ Bei den *ehelichen* Kindern ist also auch für Ausnahmefälle gesorgt. Anders bei den *unehelichen*. Hier lautet § 1717: „Als Vater des unehelichen Kindes gilt, wer der Mutter innerhalb der Empfängnisszeit beigewohnt hat, es sei denn, dass auch ein Anderer ihr innerhalb dieser Zeit beigewohnt hat. Eine Beiwohnung bleibt jedoch ausser Betracht, wenn es den Umständen nach offenbar unmöglich ist, dass die Mutter das Kind aus dieser Beiwohnung empfangen hat. Als Empfangszeit gilt die Zeit von dem 181. bis zu dem 302. Tage vor dem Tage der Geburt des Kindes mit Einschluss sowohl des 181. als auch des 302. Tages.“ Es

müsste demnach ein Gericht, wenn ein Mädchen das Missgeschick hat, dass es sein Kind besonders lange tragen muss und der Vater davon Nutzen ziehen will, das Urtheil fällen, dass dieser nicht als Vater des Kindes zu gelten habe und das Kind nicht von ihm unterhalten werden müsse, weil seine einzige oder letzte Beiwohnung vor dem 302. Tage vor der Geburt stattfand. Jedes deutsche Gericht müsste das Kind dem natürlichen Vater gegenüber rechtlos machen und der Mutter jeden anderen Beweis, auch den des Eides, dass sie nie mit einem anderen Manne Verkehr gehabt habe, abschneiden, weil der § 1717 so lautet, selbst wenn das Kind übermässig gross wäre, also mehr als 4000 g wiegen und mehr als 52 cm lang sein würde. Es wäre dies aber angesichts der obigen Thatsachen als himmelschreiendes Unrecht zu bezeichnen, weshalb § 1717 unbedingt eines Zusatzes bedarf, der solchen Müttern event. Schutz gewähren würde, welche übergrosse Kinder gebären. Ein solcher Schutz würde gegeben sein mit dem Nachsatze zu dem 2. Alinea des § 1717: „sofern das neugeborene Kind nicht übermässig gross ist“, oder aber durch eine Handhabung der Judicatur, dass um dieser wissenschaftlichen Thatsache willen in solchen Ausnahmefällen ein anderer Beweis noch zugelassen würde.“

(Centralbl. f. Gynaekologie 1902 No. 39.)

- Dem **Schutzballon** widmet Prof. F. Ahlfeld folgende Worte: „Die Benützung von Gummi- oder Stoffballons hat in der Geburtshilfe eine ungeahnte Ausdehnung genommen. Anfangs nur zur Erweiterung der Scheide benützt als Reiz, um Wehen hervorzurufen, dann aber auch gegen Placenta praevia—Blutungen verwendet, hat man ihn später höher hinauf, in den Cervicalcanal und in die Uterushöhle selbst gelegt, theils um zu erweitern, theils um Wehen anzuregen. Seit einigen Jahren findet er auch Verwendung, um frühzeitigen Blasensprung zu verhüten und den Vorfall kleiner Kindestheile, besonders der Nabelschnur, zu verhindern. Bezüglich dieser Anwendungsweise möchte ich meine Erfahrungen berichten. Die Fälle, in denen der frühzeitige Blasensprung mit seinen üblen Consequenzen droht, sind die Geburten beim engen, besonders beim platten Becken, bei Schief- und Querlagen, also unter den gleichen Verhältnissen, wo die künstliche Frühgeburt häufiger in Frage kommt. Ist dies Letztere der Fall, so dient die Gummi-blase zugleich als Schutzballon wie als Anregeballon. Der Zeitpunkt, wann der Scheiden-Schutzballon einzulegen ist,

dürfte dann gekommen sein, wenn bei beginnender, regelmässiger Weenthätigkeit die Blase sich in den Cervicalcanal vorzubuchten beginnt, ohne dass über dem inneren Muttermunde einer der beiden grossen Kindestheile fester anliegt. Die Füllung des Ballons darf nicht zu gering sein; es steht sonst zu befürchten, der Ballon werde ausgetrieben und durch das dabei stattfindende Mitpressen der Frau werde um so eher die Blase vorgewölbt werden und bersten. Die zur Füllung nöthige Flüssigkeitsmenge muss sich natürlich nach der Weite der Vagina und der Schlussfähigkeit der Schamspalte richten. Im Durchschnitt wird man für Erstgebärende 300 ccm, für Mehrgebärende 500 ccm rechnen müssen. Doch wird der Person, die während der nächsten Stunden nach dem Einlegen des Scheiden-Schutzballons die Aufsicht übernimmt, einzuschärfen sein, dass, wenn die Frau über heftigeren Drang zum Mitpressen klagt, sie daran verhindert und der Arzt alsbald herbeigerufen werde. Das Füllen des Schutzballons geschieht entweder durch einen hochgehaltenen, mit langem Schlauch versehenen Irrigator oder, wenn der Ballon sich auf diese Weise nicht genügend füllen will, mittelst einer Stempel-(Klystier-)Spritze. Werden die Wehen danach anhaltend sehr kräftig, so muss nach einiger Zeit, wenn der Arzt denkt, dass die Erweiterung erhebliche Fortschritte gemacht haben mag, der Ballon einmal entleert und herausgenommen werden, um nachsehen zu können, wie weit die Eröffnung vorgeschritten ist. Diese Herausnahme geschehe in der Wehenpause, direct im Anschluss an eine beendete Wehe. Je nach dem Befunde wird der Ballon noch einmal einzulegen sein, oder die Vornahmen, die zur weiteren Entbindung beabsichtigt sind oder sich nöthig machen, kommen in Betracht. Ein wesentlicher Vortheil scheint mir auch der zu sein, dass man mit Hilfe des Schutzballons die Entbindung etwas verzögern kann, um sie zu einer gelegeneren Zeit vorzunehmen, also z. B. statt in der Nachtzeit sie bei Tageslicht vor sich gehen zu lassen. Ein Beispiel möge den Gebrauch des Scheiden-Schutzballons erläutern: Frau E., 138 cm gross, rhachitisch plattes Becken mit 17,0 cm conj. ext. und 9,6 cm conj. diag., V. Schwangerschaft. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in der 34.—35. Woche. Dauernd Querlage des Kindes. Am 13. VI. Vormittags 10 Uhr Einlegen eines Utero-Cervicalballons. Schon nach $4\frac{1}{2}$ Stunden kräftige Wehen, die gegen Abend alle 5 Minuten wiederkehren. Abends 10 Uhr Entfernung des Ballons. Mutter-

mund für 2 Finger bequem durchgängig; in den Cervicalcanal wölbt sich die Blase ziemlich prall vor; in ihr befinden sich kleine Theile. Nach der Untersuchung Einlegen eines Scheiden-Schutzbollons mit 400 ccm Inhalt. Nachts gute, kräftige Wehenthätigkeit. Am Morgen des 14. VI. um 7 Uhr Schutzbollon entleert und weggenommen; Muttermund vollständig; Blase prall vorgewölbt. Schnell Schutzbollon wieder eingelegt, bis alle Vorbereitungen zur Wendung und Beendigung der Geburt getroffen. Nachdem alles in Ordnung, wurde nach Entfernung des Bollons beim Eingehen zur Wendung die Blase gesprengt, wobei die Nabelschnur in grosser Ausdehnung vorfiel. Der Wendung folgte die Extraction mit schwieriger Entwicklung des Kopfes. Kind leicht scheinotdt, wog 2500 g, war 46 cm lang, blieb am Leben. — Es würde sich vielleicht empfehlen, bei dem mannigfaltigen Gebrauche der Gummibollons in der Geburtshülfe statt der allgemeinen Ausdrücke „Metreuryse“ und „Kolpeuryse“ die Bezeichnung des Bollons zu verbinden mit dem Zwecke seines Gebrauchs, also wie wir sagen „Scheidenschutzbollon“, so könnte man auch sprechen von einem „Gebärmutter-Mutterhals-Erweiterungsbollon“ oder von einem „Anregebollon“ u. s. w.

(Deutsche Praxis 1902 No. 17.)

Syphilis. *Neuritis optica*, und zwar *selbständige, acute, specifische*, hervorgerufen durch primären Sitz des syphilitischen Processes im Sehnerven selbst, sahen Dr. Grosplik und Dr. Weissberg (Lodz). Das Ungewöhnliche des Falles war aber nicht die Selbständigkeit der Sehnervenentzündung, die, obwohl selten, doch zu den festgestellten Thatsachen gehört, sondern vielmehr das frühzeitige Ergriffensein des Sehnerven im Verlaufe der S. Während die Neuritis optica sonst in der Regel den Späterscheinungen, der tertiären Periode angehört, trat sie hier als *eine der ersten Erscheinungen der secundären S.* auf.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1902 Bd. 35 No. 5.)

— Ueber **Albuminurie unter der mercuriellen Schmiercur** berichtet M. Mannheim, der auf Behrend's Abtheilung unter 154 Personen, welche geschmiert wurden, 11 ($=7\frac{1}{3}\%$) fand, bei denen der Eiweissbefund auf diese Behandlung zurückzuführen war. Bei keinem Pat. blieb aber die Eiweissausscheidung eine dauernde: bei 5 schwand das Albumen trotz Fortsetzung der Schmiercur, bei den anderen reichte eine kurze Unterbrechung der Einreibungen aus, um die Albuminurie zu beheben, die auch nach Wieder-

aufnahme der Cur sich nicht mehr zeigte. Es handelte sich also stets um einen schnell vorübergehenden Reizzustand ohne dauernde Veränderungen.

(Inaug.-Dissert. Berlin. — Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 37.)

- **Quecksilber-Vasogen** benützte Dr. J. Arnold Goldmann (Wien) statt der gewöhnlichen grauen Salbe zu Schmiercuren und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Die Anwendung ist sauber, die Resorption tadellos, sodass pro dosi nur 2 g der 50%igen Salbe (in leichteren Fällen und bei Kindern sogar nur des 33 $\frac{1}{3}$ %igen Präparates) nöthig sind, die völlig reizlos ist und sich in den verschiedensten Entwicklungsstadien der S. bewährte. Einige angeführte Fälle demonstrieren die prompte Wirkung der Inunctionen mit Hg-Vasogen, das also der officiellen grauen Salbe überlegen ist.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1902 Bd. 35 No. 7.)

Tabes. Zur Symptomatologie der beginnenden T. unter

specieller Berücksichtigung der Augensymptome von Privatdoc. Dr. Mann in Breslau (Schluss). In der Discussion betont zunächst Prof. H. Cohn, dass Farbenblindheit bei T. ein sehr frühes Symptom sei, das allein den Pat. auf einen pathologischen Zustand hinweisen kann. Von 269 Tabikern, die er 1875—1895 beobachtete, hatten 27 % Pupillenstarre, 26 % Augenmuskellähmungen und 42 % Atrophia optici. Sehr gering war der Procentsatz der Luetischen. Von 238 meist höheren Ständen angehörenden Pat. der Privatpraxis, bei denen Autor persönlich sehr genau die Anamnese aufnahm, hatten nur 16 % früher Lues gehabt. Autor hält demnach letztere nicht für die Hauptursache der T. Was nun die Therapie anbelangt, so müssen wir unsere Machtlosigkeit den spinalen Augenerkrankungen gegenüber einräumen. Die Muskel-lähmungen beeinflussen wir nur scheinbar günstig durch Jodkalium; denn gerade die spinalen Lähmungen verschwinden bekanntlich oft ganz spontan nach 8—14 Tagen, in anderen Fällen aber doch nicht, trotz 100 g Jodkali. Mit elektrischen Strömen, weder constanten, noch unterbrochenen, wird am Auge nichts erreicht; noch nie hat jemand einen Augenmuskel auf elektrische Reizung zucken sehen. Bei Atrophia optici hat Autor weder von Argentum-, noch von Aurumpillen, noch von Jodkalium irgend einen Erfolg gesehen; ebensowenig von der Schmiercur, eher davon eine rapide Zunahme. Wenn ihm jemand

einen einzigen Fall von Stillstand durch Schmiercur zeigen wird, wird er sich bekehren; er selbst hat nie einen solchen gesehen und glaubt, vor Inunctionen warnen zu müssen, da die Pat. roborirt werden, nicht herunterkommen sollen. Am meisten leisten noch, um die letzten Nervenfasern in Function zu erhalten, subcutane Strychnin-injectionen an der Schläfe, später vorsichtige Amylnitrit-Inhalationen. Sollen wir zur Linderung ihrer Beschwerden die früh entdeckten Tabiker in Thermen oder Kaltwasseranstalten senden? Autor kann nichts Bestimmtes sagen; er hat Pat. nach Gastein, Baden-Baden, Wildbad, Teplitz, andererseits nach Gräfenberg geschickt, hatte allerdings den Eindruck, als ob in den warmen Bädern die Mehrzahl der in den ersten Stadien sich befindlichen Tabiker sich subjectiv wohler fühle. — Prof. Neisser wundert sich über den so geringen Procentsatz Syphilitiker in Cohn's Statistik, die so ganz im Gegensatz stände zu den allermeisten Autoren und wohl auf Fehlerquellen zurückzuführen sei. Autor selbst ist ein entschiedener Anhänger der Lehre, dass ein Zusammenhang zwischen Syphilis und T. bestehe, und zwar in dem Sinne, dass die Syphilis für alle die Schädlichkeiten, welche directe Tabesursachen sind, eine starke Disposition im Körper schafft. T. kann zwar ohne Syphilis entstehen, wer aber Syphilis hat, ist unendlich mehr dieser Gefahr, T. zu bekommen, ausgesetzt. Die Frage der Schmiercur ist, wie Mann richtig sagte, noch eine offene. Da sich aber Neisser überzeugt hat, dass eine vernünftig geleitete und gut überwachte Hg-Cur keinerlei Schaden anrichtet, so hält er sich nicht nur für berechtigt, sondern für verpflichtet, bei dieser Krankheit, gegen die uns bessere Mittel nicht zur Verfügung stehen, den Versuch, durch eine Inunctionscur zu helfen, zu machen. Volle Heilung ist natürlich nicht zu erzielen; aber dem Fortschreiten der Zerstörung Einhalt zu thun, die subjectiven Beschwerden der Pat. zu lindern, ist wohl Vorthail genug. Und nach dieser Richtung hin lassen sich Erfolge erzielen; Autor hat gesehen, dass bei Pat., die sich seit Jahren in einem unverändert schlechten und progressiven Zustande befanden, von dem Augenblicke an, wo eine specifische Behandlung einsetzte, auch ein Umschwung im ganzen Status, speciell im subjectiven, eintrat. In anderen Fällen wurde freilich kein Fortschritt erzielt, aber auch keine Verschlechterung, die der Hg-Therapie zugeschoben werden konnte, am allerwenigsten acute Erblindungen. Autor ist auch ein Freund der Jodipin-

injectionen, weil sie in bequemer Weise monatelange Jodbehandlung gestattet; in 10—14 Tagen kann man durch Deponirung von mehreren hundert ccm Jodipin im subcutanen Bindegewebe eine über Monate protrahierte Jodbehandlung erreichen. — Dr. O. Förster betont gleich Mann, dass der hohe diagnostische Werth der reflectorischen Pupillenstarre nicht nur in der grossen Frequenz dieses Symptoms liegt, sondern auch in dem frühen Auftreten. Es ist ihm darin nur noch ein einziges anderes der tabischen Symptome ebenbürtig: jene Sensibilitätsstörungen am Thorax. Zu Beginn handelt es sich fast immer um streifen- oder fleckenartige, feine Anaesthesien in der Umgebung der Mamillen; alsbald treten ähnliche hypaesthetische Bezirke am Rücken auf beiden Scapularen auf, und noch später bilden die Störungen den bekannten, den Thorax umgebenden Gürtel. In den ersten Anfängen handelt es sich nach seinen Erfahrungen nur um tactile Störungen, später sind meist auch die anderen Empfindungsqualitäten alterirt. Ein rückbildender Einfluss der Opticusatrophie auf den tabischen Process besteht wohl nicht. Aber in den Fällen, in welchen der Process wesentlich im N. opticus fortschreitet, scheint eine weitere Entwicklung in anderen Regionen seltener zu sein. Wenigstens giebt es sehr viele Fälle, wo die Opticusatrophie seit vielen Jahren besteht; Autor kennt solche, wo seit 10, 15, ja 29 Jahren keinerlei Fortschritte in anderen cerebrospinalen Bezirken erkennbar sind. — Prof. Uhthoff legt Verwahrung gegen den Satz Cohn's ein, dass die Inunctionscur geeignet sei, einen Pat. mit Opticusatrophie in kürzester Zeit blind zu machen. Es gebe sogar Fälle, wo bei Opticuserkrankung in Begleitung von T. eine Inunctionscur direct erforderlich sei, und besonders in den Fällen, wo die Natur der Sehnervenatrophie als genuine progressive nicht absolut sicher gestellt sei und eine speciell syphilitische Sehnervenerkrankung eine tabische Opticusatrophie vortäuschen könne, wie Autor einige Fälle beobachtet hat. — Dr. Chotzen ist der Ansicht, dass Syphilis die häufigste Ursache der T. ist. Er empfiehlt combinirte Schmier- und Jodkalicur, vorausgesetzt, dass nicht bestimmte Contraindicationen (Kräfteverfall, Stomatitis, erhöhte Nervenerregbarkeit) bestehen. Je kürzere Zeit die Tabessymptome bestehen, je geringere Nerven- oder Rückenmarksveränderungen sich entwickelt haben, je frühzeitiger also die antiluetische Behandlung eingreift, um so grösser ist die Wahrscheinlichkeit, ein noch resorptionsfähiges Krankheits-

stadium vor sich zu haben. Aber selbst wenn nach einer längeren (4—8 wöchigen) combinirten Hg-Jodkalibehandlung ein wesentliches Zurückgehen der Tabessymptome noch nicht festzustellen sein sollte, ist die Hoffnung nicht aufzugeben; oft macht sich erst in der 3.—4. Woche nach Beendigung der Cur Besserung geltend, ja es empfiehlt sich event. sogar Wiederholung der Cur. — Mann (Schlusswort) trägt noch betreffs der Therapie nach, dass er die beste Erfahrung mit solchen Bädern gemacht hat, die etwas unter dem thermischen Indifferenzpunkt liegen ($21—25^{\circ}$ R.) und mit einer gewissen mechanischen Hautreizung verbunden sind, also entweder die beliebten Halbbäder mit Uebergiessungen etc. oder kohlenensäurehaltige (Oeynhausens, Nauheims, Cudowa, künstliche CO_2 -Bäder). Gegen die Schmerzen muss man oft alle Antineuralgica durchprobiren; oft wirkt das eine gut, wenn das andere völlig versagt; sehr gut bewährte sich oft Pyramidon ($0,3—0,4$). Bettliegen muss bei Tabikern nicht unbedingt vermieden werden. Bisweilen, besonders in Fällen, in denen sich acut eine Ataxie entwickelt, ist mehrwöchige Bettruhe oft ganz wirksam auf die Ataxie, und erst nachdem durch Bettruhe und reichliche Ernährung Kräftigung erzielt ist, soll man in solchen Fällen die Uebungstherapie einleiten.

(Medic. Section der Schles. Gesellschaft f. vaterländ. Cultur, 20. VI. u. 4. VII. 1902. — Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 55—60.)

Tuberculose. Erfahrungen über Hetolbehandlung in der allgemeinen ärztlichen Praxis publicirt Dr. Katzenstein (München). Er behandelte im Allgemeinen in frühen Stadien. Doch schien es ihm, dass auch in schweren Fällen die Krankheit langsamer fortschreitet, und dass mindestens ein Schaden den Pat. durch die Behandlung sicher nicht entsteht; wenn auch die subjectiven Erscheinungen, der Appetit, das Allgemeinbefinden, Husten, Nachtschweisse für mehr oder weniger lange Zeit bedeutend gebessert werden, so ist dieser Besserung auf die Dauer doch nicht zu trauen, und einen Fall von Heilung der Phthise im vorgeschrittenen Stadium hat Autor bisher noch nicht gesehen. In Initialfällen hatte aber Autor mit Hetol (andere Medicamente oder Nahrungsmittel liess er dabei nicht nehmen) sehr schöne Resultate zu verzeichnen, nicht nur in Bezug auf Besserung des Allgemeinbefindens, Hebung des Körpergewichts, Vermehrung des Haemoglobingehalts, Verschwinden der Nachtschweisse, des

Hustens u. s. w., sondern auch in Rücksicht auf den objectiven Befund in den Lungen, in denen ein Zustand erreicht werden konnte, bei dem entweder sehr geringfügige Veränderungen der Lungen übrig bleiben oder deutliche Zeichen einer Vernarbung der erkrankt gewesenen Stellen erfolgen. Unter den Pat. befanden sich 13 Kinder im Alter von 7—14 Jahren, schwache, anaemische Kinder mit Infiltration der Lungenspitzen. Die Behandlung bestand in mehrwöchentlicher Entfernung dieser Pat. aus der Schule, körperlicher und geistiger Schonung, möglichst kräftiger Ernährung und Hetoleinspritzungen. Die Kinder wurden ausnahmslos gesund, Blutarmuth und Husten verschwanden, und die objectiven Symptome ergaben zum Schluss nur mehr einen gedämpften Schall mit zumeist abgeschwächtem bis leicht bronchialem Athmen. Lungentuberculose des Kindesalters ist ja im Allgemeinen eine in hohem Grade zur Heilung neigende Krankheit, wenn nur die Pat. in möglichst hygienische Verhältnisse kommen, genügende Nahrung erhalten und jeder körperlichen und geistigen Anstrengung fernbleiben. Wenn sich Autor trotzdem entschloss, auch bei Kindern Hetol anzuwenden, so that er es, weil bei der früheren Behandlungsart die Schüler 1—2 Jahre der Schule entzogen werden mussten; bei Hetolbehandlung, während der natürlich auch die anderen Factoren ihre volle Geltung behalten, gelingt aber die Heilung der Spitzeninfiltration innerhalb einiger Wochen. Sehr bemerkenswerth waren aber auch die Erfolge bei Erwachsenen. In der Anwendungsweise des Hetols folgte Autor den Anweisungen Landerer's, nur machte er die Einspritzungen intramuskulös, und zwar in das mittlere Drittel des M. triceps. Benützt man sehr scharfe Nadeln, so haben die Pat. meist keine unangenehmen Empfindungen. Die Hetollösung bereitet sich Autor ebenfalls wie Landerer, jedesmal 20 ccm der Lösung, die nur 1 mal sterilisirt wird; Autor hatte nie Entzündungen oder Abscesse. Die Zahl der Einspritzungen bei den geheilten Pat. schwankte zwischen 20—72, die Behandlungsdauer zwischen 2—6 Monaten. Dosis bei Kindern bis zu $\frac{3}{10}$ ccm einer 1%igen Lösung, d. h. bis 3 mmg Hetol, bei Erwachsenen bis $\frac{3}{10}$ ccm einer 5%igen Lösung, d. h. bis 15 mmg Hetol. Autor kommt zu dem Schlusse, dass die Hetolbehandlung bei beginnender Phthise eine auch vom prakt. Arzt sehr wohl auszuführende, von grossem Erfolg begleitete Methode ist, die schon deswegen viel häufiger in Anwendung gezogen werden sollte, weil sie heute die beste Behandlung

für solche Pat. darstellt, die aus ihren häuslichen Verhältnissen sich nicht entfernen wollen oder können.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 33.)

- Die **Behandlung der scrophulösen Lymphdrüsen des Halses mit localen heissen Salzwasserdouchen** hat Dr. S. Unterberger (Zarskoje—Sselo) im vorigen Jahre in Biarritz kennen gelernt und erfahren, dass sie unter den localen Mitteln eine hervorragende Rolle spielt. Bei der Behandlung scrophulöser Drüsen ist natürlich vor Allem das Allgemeinbefinden im Auge zu behalten. Ohne Wiederherstellung des gesammten normalen Stoffwechsels kein Heil! Ausser möglichst frischer, ozonhaltiger Luft (Seehospize!) kommt vor Allem Regelung der Diaet in Betracht, durch welche der gewöhnlich im Gefolge der Scrophulose auftretenden Trägheit der Verdauung gesteuert wird. Es spielen hier salzige Speisen eine grosse Rolle, durch welche der Appetit gesteigert, der Stuhl geregelt wird. Es scheint, dass der Organismus dieser Kranken einen Mangel an Salz besitzt. Zu den internen Mitteln gehören ausser Leberthran, Jod, Arsen etc. auch die Schmierseifeneinreibungen, welche die Alkalescenz des Blutes heben und den allgemeinen Stoffwechsel anregen. Am zweckmässigsten wird diese Cur so ausgeführt, dass man 1 Theelöffel grüne Seife mit etwas warmem Wasser des Abends abwechselnd in eine Hälfte des Rückens ca. 10 Minuten einreibt, darauf nach 1 Stunde diese Parthie mit warmem Wasser abwischt. In 4—6 Wochen sieht man nicht selten grosse Drüsenpaquete schwinden. Unter den localen Mitteln sind zu erwähnen die heissen Dampf- und Schlammcompressen und die in Frankreich aufgekommenen localen Douchen mit heissem Salzwasser. Schlammcompressen werden 1 mal täglich auf die Drüsen gemacht. Dampfcompressen applicirt Autor 3 mal täglich je 1 Stunde in folgender Weise: die kranken Drüsen werden mit Flanell bedeckt, darauf kommt eine 10fach zusammengelegte Serviette, die in möglichst heisses Wasser getaucht und ausgerungen ist: ein Wachstuch und ein warmes Tuch bedecken möglichst fest die Comprime; nach 10 Minuten wird die Verpackung wiederholt. Eine weiche Flanellbinde bedeckt späterhin die behandelten Drüsenpaquete. In erster Zeit benützte Autor auch mit gutem Erfolge mit Tuch überzogene Gummisäcke mit heissem Wasser, die 2—3 mal täglich auf 1 Stunde applicirt wurden. Die Douchen haben in Biarritz einen Druck von 7 m Höhe, die Temperatur des concentrirten

Salzwassers beträgt 40° C., der Strahl wird 1—3 Minuten auf die Drüsen gerichtet, wonach die Haut sich stark röthet. Nach der Douche erhält Pat. ein warmes Salzbad, wird dann mit heissen Leinentüchern nur leicht abgetupft und muss dann noch einige Zeit ruhig liegen. In der Regel schwellen nach der 8.—10. Douche die Drüsen an, um sich dann allmählich zu verkleinern und nach und nach zu schwinden. Bei der Behandlung der scrophulösen Drüsenschwellungen muss man jetzt solche Douchen mit an erste Stelle setzen. Autor hat die Behandlungsmethode in seinem Hospital nachzuahmen gesucht. Er lässt eine möglichst heisse Douche 1—3 Minuten auf die Drüsen wirken und darauf diese Stellen mit heissen Compressen aus concentrirter Salzlösung (1 Esslöffel auf 1 Glas Wasser) bedecken. Die Erfolge sind sehr ermuthigend, auch bei subcutanen Infiltraten, Gelenk- und Knochenleiden recht günstig gewesen.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1902 No. 32.)

- Ueber **neuere Operationsverfahren für die Entfernung von Halsdrüsen** spricht Stegmann. Die T. der Halsdrüsen ist meist die erste Localisation der T. im menschlichen Körper; die Halsdrüsen bieten den ersten Schutzwall gegen die Tuberkelbacillen, die vom Luftstrom in Mund und Rachen getragen werden. Autor hat die Beobachtung gemacht, dass sehr häufig bei einseitiger Erkrankung der Halsdrüsen die Lungenspitze der gleichen Seite tuberculös afficirt war. Sind daher die Drüsen des Halses tuberculös erkrankt, so empfiehlt sich eine möglichst baldige und gründliche Entfernung. Die Operation der Halsdrüsen ist nur bei Publikum und Aerzten in Verruf gerathen, weil die Operation bei Erkrankung mehrerer zerstreut liegender Drüsen eine entstellende war und ausserdem sich als unzulänglich in Bezug auf Recidive erwies. Dies wird vermieden durch die Operation nach Dower, die im Diakonissenhause seit mehreren Jahren mit bestem kosmetischen und therapeutischen Erfolge angewandt wird. Das Wesentliche des Verfahrens ist die Bildung eines Hautlappens, durch welchen die Möglichkeit gegeben ist, den ganzen Hals freizulegen. Der Hautschnitt verläuft etwas unterhalb des unteren Kiefferrandes bis etwa zur Spitze des Proc. mastoideus, wendet sich dort im langsamen Bogen nach abwärts zum Vorderrand des Cucullaris und endigt etwas oberhalb der Clavicula. Der Hautlappen wird nun zurückpräparirt, die oberflächlichen Drüsen entfernt und bei Er-

krankung der tieferen Schicht der *M. sternocleidomastoideus* etwa in seiner Mitte temporär durchtrennt und die *Vena jugularis* von den sie oft völlig einmauernden erkrankten Drüsen befreit. Schliesslich wird der *N. accessorius*, in dessen Verlauf fast immer erkrankte Drüsen zu finden sind, sauber präpariert. Auch die *Fossa supraclavicularis* ist vollständig zugänglich. Bei Ausräumung der Submaxillargegend entsteht öfters eine entstellende Schiefstellung des Mundes, die durch die Durchtrennung der mit der Arter. und *Vena maxillar. extern.* emporsteigenden Anastomose des *N. cervicalis I* und des *Ramus marginalis* des *N. facialis* bedingt ist. Diese Schiefstellung zu beseitigen, wurde nachträglich auf der anderen Seite die *Maxillaris ext.* freigelegt und ein etwa 1 cm langes Stück der Anastomose mit vollem kosmetischen Erfolg reseziert; es gleicht sich übrigens die Schiefstellung des Mundes nach Jahren spontan aus.

(Verein Freiburger Aerzte 30. V. 1902. *Münchener med. Wochenschr.* 1902 No. 34.)

- **Aspirin bei Phthisikern** ist nach Dr. H. Cybulski (Görbersdorf) in mehrfacher Beziehung indicirt. Zunächst bei auftretender *Pleuritis*, sowohl trockener, wie exsudativer, wo entschieden ein rascherer und milderer Verlauf bewirkt wird, wenn man pro die 3—4 g Aspirin in Dosen von 0,5 g ordinirt. Eine fernere Indication bilden Erkältungen, frische Tracheitiden und Bronchitiden, wobei Pat. zur Nacht 1—1½ g in heissem Thee mit Citrone oder Rothwein erhalten soll. Ist die Erkrankung hartnäckiger, so muss man am Tage kleinere Gaben öfters reichen. Endlich ist Aspirin anzuwenden bei febrilen Zuständen in den letzten Stadien der Phthise, wo 2stdl. ¼ g, wo Schüttelfröste vorhanden sind, 1 Stunde vor letzteren 0,5—0,75 zu geben sind, welche vorzügliche Wirkung ausüben. Da Aspirin weder den Magen belästigt, noch sonst unangenehm einwirkt, kann man es mit vollem Vertrauen ordiniren.

(Die Therapie der Gegenwart 1902 No. 9).

Tumoren. Einen Beitrag zur Kenntniss der **Knochenmetastasen bei Schilddrüsentumoren** liefert Dr. R. Wagner (Hanau, St. Vincenz-Krankenhaus). Die malignen Schilddrüsentumoren, welche mit Vorliebe in bereits kropfig entarteten Drüsen zur Entwicklung gelangen, machen bekanntlich nächst den Lungen am meisten im Knochensystem Metastasen, sodass v. Eiselsberg betont, man solle in allen Fällen, wo Knochentumoren vorliegen, die den klinischen

Eindruck von Sarkomen machen, eine Strumametastase mit in den Bereich seiner Erwägungen ziehen, ohne sich durch die in der Anamnese angegebene lange Dauer der Geschwulst beirren zu lassen. Als Beweis für die Richtigkeit dieser Lehre kann auch der Fall Wagner's gelten, wo lediglich durch Ausschluss aller sonstigen Möglichkeiten mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose einer vorhandenen Metastase im linken Femurhals, ausgehend von einem Neoplasma in der Struma, gerechnet wurde, was durch die Section Bestätigung fand. 48jähr. Frau, am 30. XI. 1901 ins Krankenhaus aufgenommen. Der vorhandene Kropf soll sich schon in den Mädchenjahren entwickelt haben, hat nie Beschwerden verursacht; ein Stärkerwerden in der letzten Zeit ist nicht bemerkt worden, nur will Pat. seit einigen Tagen beim Schlucken ein Gefühl der „Spannung“ haben. Vor ca. 6 Wochen bekam Pat. Schmerzen in der linken Hüfte und Oberschenkel, welche nach 14 Tagen bei Bettruhe und Einreibungen bedeutend zurückgingen. Am 14. XI. Abends beim Zubettgehen wurde Pat., als sie das rechte Bein erhob und so einen Moment allein auf dem linken Bein stand, ganz plötzlich von so heftigen Schmerzen in der linken Hüfte befallen, dass sie noch bei Ankunft des alsbald erschienenen Arztes furchtbar schrie; sie fiel nicht um, sondern wurde vom Stehen aus ins Bett gehoben. Seit dieser Zeit liegt sie anhaltend, hält ihr Bein ziemlich unbeweglich und hat beständig mehr oder weniger arge Schmerzen im linken Oberschenkel. Leidlich gut genährte Frau von fahler Hautfarbe; Gesichtsausdruck leidend. Zu beiden Seiten des Halses am vorderen Rande des M. sternocleidomastoid. bis zum Kieferwinkel vereinzelte, etwas verschiebliche, hasel- bis wallnussgrosse Geschwülste von fest-weicher Consistenz. Dicht oberhalb des Brustbeins ziemlich symmetrisch am Halse ein faustgrosser, umschriebener, mit Haut und Muskeln nicht verwachsener, gleichmässig derber Tumor, der, wenn auch von vorn und seitlich gedrückt, keinerlei Athembeschwerden verursacht; nur beim Schlucken festerer Speisen will Pat. seit 3 Tagen etwas „Ziehen“ im Kropf haben. Lungen und Herz normal, ebenso Bauchorgane. Das linke Bein, im Ganzen etwas schwächer an Umfang, als das rechte, wird in Hüft- und Kniegelenk leicht gebeugt, adducirt und nach innen rotirt gehalten und wird in dieser Lage vom anderen Bein gestützt. Ganze linke Inguinalgegend leicht infiltrirt, bis bohnergrosse, schmerzlose Lymphdrüsen vereinzelt vorhanden. Oberhalb

des Poupart'schen Bandes in der Tiefe eine schmale geringe Resistenz zu fühlen, die nach Angabe des behandelnden Arztes vor 8 Tagen noch viel grösser gewesen sein soll. Der ganze linke Oberschenkel zwar gegen Fingerdruck empfindlich, jedoch ruft jede Berührung des vorderen unteren Femur die heftigsten Schmerzen hervor, während ein ziemlicher Druck auf den Trochanter kaum schmerzhaft bezeichnet wird. Pat. richtet sich im Bett selbständig auf und kann hier im Sitzen, wenn sie den Oberschenkel mit beiden Händen umgreifen und stützen darf, das Bein nach allen Richtungen ausgiebig bewegen, wobei die Ferse auf der Unterlage schleift. Trochanter nicht verbreitert, hat bei allen Stellungen des Oberschenkels seinen normalen Stand. Im Liegen macht Pat. aus Angst vor Schmerzen nicht den geringsten Versuch zu einer activen Bewegung des Beines. Passiv gelingt es bei sorgfältigstem Halten und Heben des ganzen Beines, ausgiebige Bewegungen im Hüftgelenk auszuführen, nur muss man jede Extension vermeiden; der geringste Zug an der Ferse ruft laute Schmerzäusserung hervor. Wirbelsäule gerade, keine lordotische Haltung, Druck auf die Dornfortsätze nicht schmerzhaft. Nach Ausschluss aller sonstigen etwa in Betracht kommenden entzündlichen Processe musste man sehr bald an die Existenz eines mit Zerstörung des Knochengewebes einhergehenden malignen Neoplasmas im Schenkelhals denken. Eine solche Neubildung erklärte:

1. den ziemlich acuten Krankheitsverlauf;
2. die plötzliche heftige Schmerzattaque vom 14. XI., wenn man annimmt, dass die Corticalis des Schenkelhalses durch die momentan stärkere Belastung des linken Beines verletzt worden war;
3. den infolgedessen hervorgerufenen, zur Zeit aber schon sehr im Zurückgehen begriffenen entzündlichen Process in den bedeckenden Weichtheilen;
4. die Beweglichkeit im Gelenk selbst und die heftigen Schmerzen bei der geringsten Extension, sowie bei Druck auf den distalen Theil des Femur.

Wenngleich die vorhandene Struma objectiv ohne weiteres keinen directen Anhaltspunkt für ein metastasirendes Neoplasma bot, wurde sie immerhin als suspect angesehen, zumal sie beim Schlucken doch neuerdings zu stören schien. Am 4. XII. ist von einer Infiltration der linken Inguinalgegend und einer Resistenz in der Tiefe oberhalb des Ligam. Poupartii nichts mehr nachweisbar, das Allgemeinbefinden aber geht beständig zurück, das

Aussehen wird ausgesprochen kachektisch. Am 3. I. 1902 zunehmende Schluckbeschwerden, Struma nimmt an Umfang zu. 16. I. stellen sich dyspnoische Erscheinungen ein, Puls wird frequenter, unregelmässige Temp., Abends 39,2° C., nichts Pneumonisches nachweisbar. 18. I. Zunahme der Dyspnoe, subfebrile Temp., Lungen frei. 24. I. unter dem Bilde einer allgemeinen Intoxication (2 Tage komatös) Exitus. Keine allgemeine Section möglich. In der Schilddrüse ein Knoten, der sich als Spindelzellensarkom entpuppt. Ebenso geartet Geschwulstmassen im Schenkelhals des l. Femur; ausserdem in der Markhöhle des Femur noch multiple kleine Metastasen von derselben histologischen Beschaffenheit. Dass nicht der Tumor in der Schilddrüse als Metastase aufzufassen ist, sondern als primärer Tumor, dafür sprechen:

1. das Fehlen weiterer Metastasen in den übrigen Organen;
2. das seltene Vorkommen metastatischer Geschwulstknoten in der Schilddrüse und demgegenüber
3. die Vorliebe der Schilddrüsentumoren, gerade im Knochensystem Metastasen zu setzen;
4. das Vorhandensein weiterer absolut sicherer metastatischer Sarkomknoten in der Markhöhle des l. Femur;
5. die diffuse Ausbreitung des Tumors in der Schilddrüse und demgegenüber die scharfe Begrenzung der Knochentumoren.

Der Fall ist also wohl so aufzufassen, dass in einer Struma parenchymatosa an einer circumscripten Stelle ein Spindelzellensarkom sich entwickelte. Dies brach sehr frühzeitig in das Blutgefässsystem hinein und setzte neben kleinen Metastasen in der Markhöhle des l. Femur eine grössere und sehr schnell wachsende im Halse dieses Knochens, sodass in der ersten Zeit das ganze Krankheitsbild lediglich von dieser Metastase aus beherrscht wurde. Im Allgemeinen bieten die langen Röhrenknochen für Metastasen am Skelett keineswegs eine Prädispositionsstelle, viel öfter werden die platten Knochen befallen, zunächst Schädel, dann Brustbein, Rippen, Becken. Solche Metastasen entstehen in der Regel sehr frühzeitig und kommen zumeist solitär vor. Aber während das an und für sich seltenere Schilddrüsen-sarkom kaum 1 Jahr überdauert, zeigt die mit besonderer Vorliebe ins Knochensystem metastasirende Form des Schilddrüsenkrebses, die als Adenocarcinom, malignes Adenom bezeichnet wird, ein sehr langsames, über Jahre hinausgehendes Wachsthum. Was die Operabilität von Knochen-

metastasen betrifft, so ist jeder Tumor, der das klinische Bild einer Schilddrüsensarkommetastase aufweist, ein *Noli me tangere*. Dagegen wird bei einer Carcinommetastase eventuell ein chirurgisches Vorgehen mindestens berechtigt sein, ja unter Umständen sogar die Exstirpation des primären Schilddrüsentumors. Bei multiplen Metastasen ist freilich nichts zu machen. (Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 35.)

- **Pyoctanin bei Cancroiden** wandte mit Erfolg Dr. Weill (Strassburg i. E.) an. Freilich gilt nach wie vor die operative Behandlung als oberster Grundsatz auch bei der Therapie der Cancroide, doch leistet bei gewissen flachen, leicht erreichbaren Cancroiden der Haut Pyoctanin oft gute Dienste. Allerdings muss bei dieser Behandlung, die, da sie oft Monate dauert, grosse Geduld erfordert, der Arzt den Pat., der auch nicht vor der blauen Färbung zurückschrecken darf, regelmässig wenigstens alle paar Tage sehen können. In den meisten Fällen handelt es sich um ulcerirte, wallartig begrenzte Flächen; in anderen aber um nicht ulcerirte, von harter Epidermis bedeckte Knotencomplexe, in noch anderen um beides zugleich. Während es nun bei den ersteren genügt, die Borken aufzuweichen und zu entfernen, die etwaige Blutung durch Tamponade zu stillen und den Geschwürsgrund mit reinem, unverdünntem blauen Pyoctanin zu bestreuen, müssen wir bei den weniger oder gar nicht ulcerirten Formen, um Haften des Pulvers zu ermöglichen, die oberflächliche Epidermisdecke, sei es durch ein Ätzmittel, sei es mit dem scharfen Löffel, zerstören. Das Pulver wird am besten mit einem kleinen Löffel aus Horn, wie er im Hause als Salzlöffel benützt wird, in dünner Schicht aufgestreut und so ausgebreitet, dass vom Geschwürsgrund nichts mehr zu sehen ist. Um ein Herabgleiten des Pulvers zu vermeiden, wird dasselbe mit der convexen Seite des kleinen Löffels, ohne starken Druck auszuüben, über der ganzen Fläche sanft aufgedrückt. Meist bildet sich, wenn keine starke Secretion vorhanden ist, nach $\frac{1}{2}$ Stunde, während der Pat. ruhig liegen bleibt, eine adhärenthe blaue Masse, die ohne Verband haftet; wo dies nicht gut möglich ist, muss mit kleinen vaselinbestrichenen Lappchen das Pulver zurückgehalten werden. Bei starker Secretion wird die Decke schon nach 12—24 Stunden, auch noch früher, mehr oder weniger abgehoben und es sammelt sich hinter derselben eine blaue Masse. Dieselbe wird abgetupft, die Krusten entfernt und das Geschwür von Neuem bestreut. Die

Secretion nimmt allmählich ab, die blaue Masse wird immer spärlicher, nach Tagen oder Wochen ist die blaue Kruste fester. Es genügt dann, alle 2—5 Tage die sich etwa abhebenden oder erweichenden Theile der Kruste zu entfernen und neue zu bepudern. Haftet endlich die Decke fest, lässt sie sich mit der Pincette nicht mehr so gut abziehen, so warte man ruhig ab. Nach einiger Zeit hebt sie sich dann vom Rande aus in trockenen Bröckeln ab und unter denselben erscheint neue, gesunde Epidermis oder frische Granulationen. Dass letztere gesund sind, ergibt sich daraus, dass sie die blaue Farbe nicht mehr recht annehmen, und, falls man blaue Lösung auf sie fallen lässt oder sie mit dem blauen Stift berührt, die Farbe wieder abfließt, sodass die Granulationen roth bleiben, während etwaige noch kranke sich blau färben. Es werden jetzt nur noch letztere mit Pyoctanin bedeckt oder besser mit dem blauen Stift touchirt. Man wartet, bis auch da spontanes Abfallen eintritt, allmählich verkleinert sich die Geschwürsfläche immer mehr und wird ersetzt durch eine auffallend weiche, sehr oft bewegliche Hautnarbe. Als Augenarzt hatte Autor meist Cancroide am Gesicht, an den Lidern, der Nase, Stirn zu behandeln. Er erlebte auch Recidive und Misserfolge, aber jedenfalls machte er die Erfahrung, dass von allen bis jetzt gegen Cancroid empfohlenen medicamentösen Mitteln Pyoctanin das wirksamste (dabei nicht gefährlich, nicht schmerzhaft!) ist und überall angewandt zu werden verdient, wo aus irgend einem Grunde — Verweigerung des Pat., Unmöglichkeit der Deckung des Defects, Gefährlichkeit der Narkose etc. — die Entfernung mit dem Messer nicht möglich ist.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1902 No. 41.)

Vitia cordis. Einen **Fall von gewohnheitsmäßigem Digitalismissbrauch** erzählt Dr. C. Schubert (Cudowa). Er hatte einen Schmied von 1894—96 wegen Mitralinsuffizienz mit Hypertrophie des linken Ventrikels behandelt und ihm wegen jährlich mehrmals auftretender Compensationsstörungen öfters Digitalis verordnet. Von da ab gebrauchte Pat. auf eigene Faust das Digitalisinfus (1,5:150,0) weiter, er liess sich, wie der Apotheker thatsächlich erklärte, wöchentlich 1—2 Flaschen anfertigen. Er pflegte davon täglich gegen Abend einige Esslöffel voll zu nehmen; wenn er dies unterliess, hatte er sofort über dyspnoische Beschwerden und Schlaflosigkeit zu klagen. Er konnte so aber leichtere Verrichtungen ausführen. War er zeit-

weise genöthigt, mehr zu arbeiten, so musste er behufs Erhöhung seiner Leistungsfähigkeit auch tagsüber während der Arbeit mehrere Esslöffel einnehmen. Ende September 1902 hatte Autor Gelegenheit, den Pat. noch einmal zu untersuchen und fand Folgendes: Schlecht genährter, dyspnoischer Mann, Bulbi etwas vorstehend. Spitzenstoss bis drei Finger breit ausserhalb der Mamillarlinie stark vorwölbbend sichtbar. Grenzen der Herzdämpfung oben 3. Interostalraum, links drei Finger breit jenseits der Mamillarlinie, rechts ein Finger breit vom rechten Sternalrande. Lautes systolisches Blasen über der linken Herzkammer, an der Spitze am lautesten; leiseres systolisches Geräusch in der Aorta, 2. Aortenton paukend. Undeutlicheres Geräusch an Stelle des 1. Tricuspidal- und Pulmonaltones, 2. Pulmonalton verstärkt. Puls gross, hart, gespannt, regelmässig, 56. Leberrand zwei Finger breit unterhalb des Rippenbogens palpabel. Im Urin Spuren von Eiweiss. Die auffallende Pulsverlangsamung war zweifellos Digitaliswirkung. Im Laufe des Winters verschlimmerte sich der Zustand erheblich, trotz Steigerung der Digitaliszufuhr, und am 24. III. 1902 trat Exitus ein. Nach vorsichtiger Schätzung hatte Pat. seit Anfang 1897 mindestens 500 bis 600 g Digitalis consumirt.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 38.)

- Über **traumatische Herzklappen- und Aortenzerreissung** lässt sich Prof. Dr. M. B. Schmidt (Pathol. Institut Strassburg) aus. Kann eine auf den Thorax einwirkende Gewalt eine gesunde Klappe zum Bersten bringen? Das bisher beigebrachte Material war nicht ganz beweiskräftig, indem theils das vorherige Bestehen einer Endocarditis nicht sicher auszuschliessen war, theils der causale Zusammenhang mit einem Trauma nicht klar war; denn in der Regel waren Monate und Jahre bis zum Eintritt des Todes verflossen. Es fehlte an Fällen, in denen bald nach einem evidenten Trauma eine unzweifelhafte frische Ruptur in uncomplicirtem Zustand anatomisch demonstrirt werden konnte. Über einen solchen Fall verfügt Autor jetzt. Ein 85 jähr. Mann stürzte in der Nacht aus einem Fenster und wurde unter demselben 2 Stunden später todt aufgefunden. Er musste auf die linke Thoraxseite aufgefallen sein, denn es fanden sich diverse Fracturen an den linken Rippen, am linken Humerus, Hautabschürfungen links, Rupturen der Milz und des linken Leberlappens, der linken Art. renalis u. s. w. Die hintere Aortenklappe trug einen

ihre ganze Dicke durchsetzenden, winklig geknickten Riss, die Spitze des Winkels nach rechts gekehrt und etwas unterhalb des Schliessungsrandes liegend; der obere Schenkel endete dicht unter dem Nodus Arantii, der untere an der Ansatzstelle der Klappe, sodass ein dreieckiges Lappchen gebildet wurde, an deren Basis man an der dem Sinus Valsalvae zugekehrten Fläche eine kleine kalkige Härte fühlt. Letztere jedoch nicht gebrochen, der Riss lief durch veränderte Klappensubstanz, seine Ränder waren fetzig, leicht blutig gefärbt; auch in der linken Klappe eine kleine Kalkeinlagerung an der Hinterfläche, aber nichts von endocarditischen Efflorescenzen oder Schrumpfungen. Ausserdem an der unteren Fläche des vorderen Mitralsegels ein 2 mm langer Einriss mit blutiger Färbung in der nächsten Umgebung. Im Übrigen Mitrals und deren Sehnenfäden, ebenso wie die rechtsseitigen Klappen unverändert, Herz etwas atrophisch, Myocard frei von Degenerationen. — Offenbar war es hier der mechanische Druck des Aortenblutes, welcher die arterielle Klappe sprengte, und zwar im Zustand ihrer stärksten Dehnung, also unmittelbar nach Beginn der Diastole, während die Aortenklappen geschlossen und die Aorta thoracica maximal gefüllt waren. Schwieriger lässt sich die gleichzeitige Ruptur an Semilunar- und Mitralklappe erklären. Autor fasst den Einriss im Mitralsegel als Consequenz der Aortenklappenruptur auf: Nach Eintritt der letzteren hat der plötzliche Rückstrom des Aortenblutes durch die Rissöffnung in den hinteren Ventrikel die offene Mitrals gewaltsam emporgeworfen und dabei die partielle Ablösung von ihrem Haftpfeiler, der Chorda tendinea bewirkt. Der Fall dient jedenfalls als Beweis dafür, dass in einer den Thorax treffenden äusseren Gewalteinwirkung die Möglichkeit gegeben ist, eine Klappe zu sprengen, ohne dass eine Endocarditis besteht. (Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 38.)

- **Recurrenslähmung bei Mitralsstenose** beobachtete Dr. L. Hofbauer (Wien, Allgem. Krankenhaus). Es handelte sich um einen 32jährigen Hilfsarbeiter, der mit Blei, Arsen, Quecksilber etc. nichts zu thun hatte und bis vor 2 Monaten nie krank gewesen war. Seit dieser Zeit empfand er ein eigenthümliches Druckgefühl in der Brust, besonders bei Bewegungen, ebenso Kurzathmigkeit, Beklemmungsgefühl und Heiserkeit, welche letztere ihn zum Arzte führte. Die Ergebnisse der klinischen Untersuchung führten zur Diagnose Mitralsstenose und liessen die ge-

wöhnlich bestehenden Ursachen der Recurrenslähmung (Mediastinaltumoren, Drüsen, Aneurysmen, Tumoren des Oesophagus, der Trachea, Struma, Pericarditis, Veränderungen am Hilus pulmonum) ausschliessen. Bei den Untersuchungen machte Pat. spontan darauf aufmerksam, dass er bei gewisser Lage weniger heiser sei und leichter sprechen könne. In der That zeigte es sich, dass Pat. bei Rechtslage und Rückenlage wesentlich weniger heiser und leichter sprach, als bei linker Seitenlage und insbesondere als bei vornübergeneigter Stellung, in welcher er nur mühsam und sehr heiser sprechen konnte. Der Einfluss des Lagewechsels auf die Intensität der Heiserkeit bei Recurrenslähmung ist bisher nur 1 mal beobachtet worden. Autor kam auf die Vermuthung, ob hier nicht die linksseitige Recurrenslähmung durch einen den N. recurrens dehrenden Körper im Brustraume bedingt sei, welcher bei Lagewechsel seine Position ändere und daher den Nerven einmal mehr, ein anderes Mal weniger zerre. Nun liess sich aber ausser dem infolge der Mitralstenose erweiterten Herzen keine Abnormität an den Thoraxorganen nachweisen; dieses bildete ein im Thoraxraum bewegliches Gebilde, und man musste daran denken, ob nicht vielleicht das Herz die Ursache der Recurrenslähmung abgäbe. Es war dieser Gedanke berechtigt mit Rücksicht auf 2 Fälle Ortner's, die dieser vor 5 Jahren mittheilte, dabei eine bis dahin unbekannte Beziehung zwischen V. und Recurrenslähmung aufdeckend. In beiden Fällen lieferte die Obduction den Beweis dafür, dass der infolge der Mitralstenose riesig erweiterte Vorhof den linken N. recurrens so stark an die Aorta gedrückt hatte, dass die Lähmung des Nerven resultirte. Seitdem ist nur noch ein ähnlicher Fall publicirt worden (Kraus). Die Röntgenuntersuchung des obigen Pat. ergab im Brustraum sonst nichts Abnormes, dagegen am Herzen Dilatation des linken und rechten Vorhofes mittleren Grades. Der Befund bestätigte, dass auch hier, wie in den genannten 3 Fällen, *die Mitralstenose allein schuld sei an der Recurrenslähmung*. Interessant war, dass letztere hier nicht erst mit dem Einsetzen schwerer Incompensationserscheinungen seitens des Herzens aufgetreten war, sondern fast gleichzeitig mit den ersten Symptomen des Herzfehlers. Der Fall zeigt also, dass auch in frühen Stadien schon beim Fehlen jeder schweren Erscheinung (Oedeme) Lähmung des l. Recurrens auftreten kann. In beiden Ortner'schen Fällen trat die Heiserkeit erst zu einer Zeit auf, wo hochgradigste In-

compensationserscheinungen sich eingestellt hatten; beide Male war die Recurrenslähmung dadurch zu Stande gekommen, dass der colossal erweiterte Vorhof den Recurrens gegen die Aortenwand drückte, und daher auch erst sub finem vitae in Erscheinung getreten. Anders im Falle Kraus; hier „kommt es auf die Ausdehnung des rechten Ventrikels, eines quergelagerten, am Zwerchfell einen unüberwindlichen Widerstand gegen Verschiebungen findenden Herzens und die hierdurch geänderten Lagebeziehungen zwischen Arter. pulmonalis, Ligament. arterios. und Aortenbogen, beziehungsweise auf die Kreuzung und Schnürung des N. recurrens am Ligam. Botalli an.“ Infolge dieses anatomischen Verhaltens stellten sich die Erscheinungen der Recurrenslähmung schon frühzeitig (1½ Jahre ante exitum) ein. Mit Rücksicht darauf nun, dass sie in seinem Falle fast gleichzeitig mit den ersten Erscheinungen des Herzfehlers aufgetreten war und dieselbe seit 2 Monaten unverändert besteht, glaubt Hofbauer, dass hier die Recurrenslähmung ebenso wie im Kraus'schen Falle entstanden sei: Durch „Kreuzung und Schnürung des N. recurrens am Ligament. Botalli“. Damit lässt sich auch der Einfluss des Lagewechsels auf die Intensität der Heiserkeit erklären: Beim Vornüberneigen des Pat. fällt das Herz nach vorne, der im Bogen die Aorta umschlingende und wieder nach hinten ziehende, linksseitige N. recurrens wird dabei mehr gezerzt, als bei Rückenlage, in welcher das Herz sich der Wirbelsäule nähert, der Bogen des Nerven weniger straff gespannt ist. Eine solche Beeinflussung der Intensität der Lähmung resp. Heiserkeit wird vielleicht öfters dort sich nachweisen lassen, wo es sich um eine Recurrenslähmung handelt, die durch einen im Brustkorbe beweglichen, nicht aggressiven, sondern bloss durch Druck und Zug wirkenden Körper handelt. Entsprechende Beobachtung an einschlägigen Fällen wird die diagnostische Verwerthbarkeit dieses Phaenomens klarlegen.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 41.)

Vermischtes.

- Zur **Frühdiagnose des Icterus** giebt Dr. Hamel (Berlin, II. medicin. Klinik) eine wichtige Anregung. Icterus ist bekanntlich für die klinische Pathologie ein Symptom von hohem Werthe, indem er das Cardinalsymptom der Leber-

und Gallenblasenerkrankungen bildet und das nach aussen tretende Kennzeichen der Haemocytolyse, des reichlichen Unterganges von rothen Blutkörperchen ist und damit von weittragender Bedeutung namentlich zur Erkenntniss von septischen Vergiftungszuständen. Je höher nun ein Symptom in seinem klinischen Werthe steht, desto wichtiger ist seine möglichst frühzeitige und eindeutige Wahrnehmung. In dieser Hinsicht aber bietet der Icterus in seinen ersten Andeutungen häufig Schwierigkeiten. Er wird bisweilen an der Haut durch einen gelblichen Teint vorgetäuscht, an der Conjunctiva bereiten Fettumlagerungen der Conjunctiva und dadurch bedingte gelbliche Färbung oder aber chronische Hyperaemie, wie sie z. B. bei Alkoholikern besteht, einer sicheren Deutung häufiger Hindernisse. Demgegenüber besitzen wir *ein sehr einfaches und zuverlässiges Mittel zur sicheren Feststellung von zweifelhaftem Icterus in der Betrachtung des Blutserums*, dessen Gelbfärbung durch Bilirubin bedingt wird. Da Blutserum in dünner Schichtung eine völlig wasserhelle Flüssigkeit darstellt, so muss an ihm beginnende Gelbfärbung in schärfster Weise zum Ausdruck kommen. Es kann also auch, wenn nur eine sehr geringe Gallenfarbstoffmenge vom Blute resorbirt wurde, zumal wenn diese Resorbirung nur kurze Zeit anhielt, sehr wohl dahin kommen, dass eine icterische Verfärbung einzig und allein im Blutserum sich ausspricht, während zur Gelbfärbung der Haut die Menge des resorbirten Gallenfarbstoffes nicht genügt; so z. B. bei Gallensteinkoliken mit schnellem Verlaufe, bei leichteren acuten Vergiftungen, die zu vorübergehender geringer Haemocytolyse geführt. Weiterhin giebt die Intensität der Gelbfärbung des Serums gegenüber derjenigen der Haut einen viel genaueren Gradmesser für die Schwere des einzelnen Krankheitsprocesses; man wird zuweilen erstaunt sein, wie sich dort, wo man auf Grund der äusseren Berücksichtigung allenfalls von einer „Spur Icterus“ reden würde, doch in der That bereits ganz beträchtlich gelb gefärbtes Serum vorfindet. Nutzbringend ist ferner die Betrachtung des Blutserums in Fällen, wo man sich nach länger bestehendem Icterus darüber informiren will, ob eine noch vorhandene geringe Gelbfärbung der Haut noch als Ausdruck circulirender Gallenbestandtheile im Blute, also noch als Krankheitssymptom anzusehen sei, oder ob es sich nur mehr um restirende Pigmentablagerungen in der Haut handelt, zu denen lange bestehender Icterus ja führt. — Das erforderliche Serum wird ganz einfach gewonnen.

Mit einer ca. $1\frac{1}{2}$ mm dicken und 10 cm langen Glas-capillarröhre werden 15—20 Tropfen Blutes, die sich leicht aus einer kleinen Stichwunde des Ohrläppchens ausdrücken lassen, aufgenommen; die Capillarröhre wird an beiden Enden mit Wachskügelchen verschlossen und aufrecht, die Blutsäule nach unten, hingestellt; nach wenigen Stunden hat sich oben das Serum von dem sich zurückziehenden Blutkuchen abgesetzt. Wer sich diese kleine Mühe im gegebenen Falle nicht verdriessen lässt, dürfte öfters eine wesentliche Förderung der Diagnose erfahren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 39.)

- **Ascaris lumbricoides in der Harnblase.** Dr. Schlüter (Alsenz) schildert den Fall wie folgt: „Die 60jähr. Frau G. litt seit einem halben Jahre an wiederholt auftretender Retentio urinae, welche stets leicht durch Katheterisation zu heben war. Am 20. VII. 1902 waren die Schmerzen besonders heftig, auch stiess die Anwendung des Katheters auf Schwierigkeiten. Nach Einführung des Instrumentes entleerten sich nur ungefähr 20 ccm Urin, dann stockte der Ausfluss plötzlich. Da eine Verstopfung nicht stattgefunden hatte, wurde der Katheter zum 2. Male eingeführt, mit gleichem Erfolg. Bei der Entfernung desselben fand sich die Ursache des obigen Vorgangs. Aus einer der Katheteröffnungen hing das hintere Ende eines Ascaris lumbricoides herab, dessen vorderes Drittel in die Röhre eingeklemmt war und deren Lumen verstopfte. Pat. vermochte sogleich ihren Urin spontan zu entleeren, Retentio urinae trat seither nicht mehr auf. Die innere Untersuchung ergab keinen pathologischen Befund, die medicamentöse Behandlung entfernte mehrere Ascariden.“

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 40.)

- Ueber **Einfluss der Somatose auf die Magenmotilität** hat Dr. H. Singer (Elberfeld) Versuche an Thieren und gesunden Menschen angestellt und gefunden, dass das Präparat günstig auf die Motilität einwirkt. Wenn Versuche bei Motilitätsstörungen des Magens dieselben Resultate ergäben, so würde die Somatose einer doppelten Indication genügen: als sehr wenig voluminöses Mittel zur Ernährung, das mit Leichtigkeit den Pylorus passiren kann und zugleich als Anregungsmittel der geschwächten Magenmotilität.

(Therap. Monatshefte 1902 No. 10.)

- **Pyramidon**, sowie dessen salicylsaures, neutrales camphersaures und saures camphersaures Salz hat Dr. Albrecht (Forst) mehrfach mit gutem Erfolg als Antipyreticum, gegen Schmerzen bei *Tabes* und *Rheumatismen* (hier namentlich das salicylsaure Pyramidon) angewandt. Auch bei *Asthma* bewährt es sich, sowie auch bei *Agrypnie*.

(Die Therapie der Gegenwart 1902 No. 10.)

- **Ein Mittel zur Verhinderung des Schnarchens** giebt Geh. S.-R. Dr. Küster (Berlin) an. „Gehen wir den Ursachen des Schnarchens nach, so kann nicht bezweifelt werden, dass dasselbe in erster Linie durch das Offenhalten des Mundes entsteht. Beobachtet man einen Schnarchenden, so bemerkt man sofort, dass der Unterkiefer im Schlafe herabgesunken ist. Wird der Schnarcher durch ein Geräusch etwas munterer gemacht, so schliesst derselbe den Mund, und hört auf zu schnarchen. Bei geschlossenem Munde kann man wohl mit Geräusch die Luft durch die Nase einziehen, aber es wird niemals das so laute störende Schnarchen eintreten, wie bei geöffnetem Munde. Man schnarcht deshalb auch am meisten, wenn man auf dem Rücken liegt, weil hier der Unterkiefer leichter herabsinkt, als in der Seitenlage, wo der Kiefer auf der Brust meist einen Stützpunkt hat. Das Schnarchen würde also nicht eintreten, wenn es gelänge, das Herabsinken des Unterkiefers zu verhindern. Einer meiner Pat., der seine Frau viel durch Schnarchen störte, merkte, dass beim Schnarchen der Kiefer herabsank. Das brachte ihn auf den Gedanken, bequeme Binden zu construiren, welche, Nachts angelegt, das Schnarchen verhindern. Dieselben haben ein nach vorn gerundetes Kinnstück, in welchem der vordere Theil des Unterkiefers ruhen kann. An den Seiten befinden sich schmale Gummistreifen, die in Bandstreifen übergehen, welche auf einem breiteren Kopfstücke befestigt sind. Diese Bandstreifen haben einen Mechanismus zum Verkürzen resp. Erweitern, um die Binde für jeden Kopf passend zu machen. Dieselbe wird über Kinn und Kopf gestreift und so eingestellt, dass das Unterkiefer oben einen Halt hat. Die Elasticität der beiden Gummistreifen an den Seiten lässt jede Bewegung zu, ist aber genügend, um das Herabsinken des Unterkiefers im Schlafe zu verhindern. Noch wichtiger als für die Gewohnheitsschnarcher sind diese Binden für Kinder, welche sich daran gewöhnt haben, dauernd mit geöffnetem Munde zu athmen. Diese müssten diese Binden selbstverständlich Tag und Nacht tragen.

Dies würde freilich lästig sein, wenn es nothwendig wäre, diese Binden dauernd zu tragen. Letzteres wird aber keineswegs nothwendig werden. Das Offenhalten des Mundes ist mehr eine Gewohnheit, als eine Nothwendigkeit. Gewöhnt man die Kinder und die Erwachsenen mittelst der Binden daran, nur durch die Nase zu athmen, so geschieht dies nach einiger Zeit auch von selbst, ohne dass die Binde getragen wird. Diese wird dann erst wieder nothwendig, falls ein Rückfall eintritt. Die Binden wirken deshalb nicht bloss rein mechanisch und symptomatisch, sondern auch durch die psychische Gewöhnung, und sind somit direct ein Heilmittel. Die weitere Folge ist die günstige Beeinflussung der chron. Katarrhe. Es liegt auf der Hand, dass bei regelrechter Ventilation durch die Nase die angewandten Mittel erfolgreicher sein werden. Die Binden*) stellen sich daher als eine Bereicherung unserer Heilmittel dar.“

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 41).

Bücherschau.

- Die **Pathologie des Harnes am Krankenbett** hat Privatdoc. Dr. F. Blumenthal, Assistent bei v. Leyden, zum Gegenstand eines ca. 500 S. starken Buches gemacht, das kürzlich bei Urban & Schwarzenberg (Wien u. Berlin) unter gleichem Namen erschienen ist. Der Arzt begnügt sich heutzutage nicht mehr damit, Eiweiss und Zucker im Harne nachzuweisen, die Pathologie des Harnes ist im letzten Jahrzehnt im weitesten Maasse erschlossen worden und hat die engsten Beziehungen zur Diagnostik, Prognostik, Aetiologie und Therapie der verschiedensten Krankheiten angenommen. Blumenthal hat sich der schwierigen Aufgabe unterzogen, dieses moderne Gebiet dem Arzte im Zusammenhange vorzuführen, und es ist ihm dies in bester Weise gelungen. Dank der übersichtlichen Eintheilung des grossen Materials, sowie der klaren und präzisen Darstellungsweise der einzelnen Themata eignet sich das Werk vorzüglich zur raschen Orientirung und dürfte in den Kreisen der Praktiker vielen Anklang finden.

*) Zu beziehen von Behr, Schöneberg-Berlin, Friedrichstrasse 18a. (Preis *ℳ* 3,—.)

- Eine **Encyklopädie der Mikroskopischen Technik** beginnt bei Urban & Schwarzenberg (Wien u. Berlin) zu erscheinen. Als Herausgeber zeichnen Prof. Dr. P. Ehrlich, Prof. Dr. C. Weigert, Dr. R. Krause, Dr. M. Mosse und ein Stab hervorragender Mitarbeiter steht ihnen zur Seite, damit das Programm in mustergültiger Weise zur Ausführung gelange. Das Werk soll ein auf breitester Basis angelegtes Sammel- und Nachschlagewerk bilden, welches jedem, der mikroskopisch arbeitet, eine vollständige Uebersicht über alle technischen Fragen der Mikroskopie giebt und in möglichster Vollständigkeit alle Daten umfasst, welche sich auf Anatomie und Entwicklungsgeschichte, pathologische Anatomie, Bakteriologie, Zoologie und Botanik, beziehen, insoweit sie für die Mikrotechnik dieser Disciplinen von Bedeutung sind; gleichzeitig soll eine möglichst vollständige Uebersicht über die Chemie und Physik der in der Mikrotechnik benützten Reagentien und Farbkörper gegeben werden. Ein derartiges Werk ist ein wahres Bedürfniss, das steht ausser Frage, und wird allenthalben freudiger Aufnahme begegnen. Das ganze Werk soll einen Umfang von 70—80 Bogen haben und in 3 Theilen gleichen Umfangs erscheinen. Die erste Abtheilung (Bogen 1—25) liegt bereits vor (Preis M. 10,—) und führt bis zum Artikel „Formaldehyd“, die anderen Theile sollen in den nächsten Monaten folgen. Wir sehen denselben, nachdem eine Durchsicht des I. Bandes gezeigt hat, dass hier der rührige Verlag uns wieder ein ganz hervorragend brauchbares und sehr gediegenes Nachschlagewerk bescheert, mit grossem Interesse entgegen. — Von Prof. Sommer's zwanglosen Heften **Beiträge zur psychiatrischen Klinik** erschien Heft 2 (im gleichen Verlage) mit folgendem Inhalt: „Analyse des Vorstellungsmaterials bei epileptischem Schwachsinn“ von M. Fuhrmann, „Zur Frage der Beziehungen körperlicher und geistiger Krankheiten zu einander“ von Dr. Köster, „Beitrag zur Kenntniss der Alkoholwirkung auf motorische Functionen des Menschen“ von Dr. Hornung.
- Ueber Dr. E. Graetzer's neu erschienenenes (bei E. Fiedler, Leipzig) Buch **Therapeutischer Rathgeber für die tägliche Praxis** schreibt Grünhut in der Prager med. Wochenschrift 1902 No. 37: „Dieses bisher unter dem Titel „Die therapeutische Praxis des Arztes“ erschienene Buch des bekannten Redacteurs der „Excerpta medica“ und des „Centralblatt für Kinderheilkunde“ erscheint nun-

mehr unter obigem Titel in 5. Auflage, ein deutlicher Beweis für die beifällige Aufnahme, die das Buch gefunden. Der neue Titel charakterisirt auch entschieden besser den Inhalt, der seinerseits wieder wesentliche Verbesserungen erfahren. Von den zahlreichen Recepttaschenbüchern und ähnlichen Werken unterscheidet sich vorliegendes Buch wesentlich dadurch, dass es sich durchaus nicht auf die rein medicamentöse Therapie beschränkt, sondern auch die anderen gebräuchlichen physikalisch-diaetetischen Maassnahmen mit der nöthigen Ausführlichkeit angiebt und insbesondere auch die für den praktischen Arzt so wichtigen chirurgischen Erkrankungen, wie Fracturen und Luxationen, sowie die wichtigsten geburtshülflichen Fragen in den Kreis der Erörterungen zieht. Da mit kritischem Blick nur erprobte Behandlungsweisen angeführt und die neuesten Er rungenschaften entsprechend berücksichtigt werden, kann das Buch als recht zuverlässiger Rathgeber für die tägliche Praxis bestens empfohlen werden.“

- Hygiene in's Volk zu tragen, ist heutzutage, wo die Curpfuscher sich immer aufdringlicher geberden und immer weitere Kreise zu erobern drohen, eine der wichtigsten und vornehmsten Aufgaben der Aerzte, und sollten alle dahin gehenden Bestrebungen von ihnen mit grösstem Nachdruck unterstützt werden. Prof. Dr. Sommerfeld giebt jetzt **Hygienische Volksschriften** heraus (Verlag von Vogel & Kreienbrink, Berlin), kleine, gefällig ausgestattete, billige (pro Heft 20 Pfg.) Heftchen, von denen jedes ein Thema von sehr berufener Feder äusserst knapp und doch dabei klar und interessant besprochen enthält. Vorläufig liegen 6 Hefte vor mit folgendem Inhalt: Prof. Brieger „Die Bedeutung der Wasser- und Massage-Behandlung“, Prof. Hartmann: „Schutz gegen Unfallgefahren in gewerblichen Betrieben“, Dr. Zadek: „Der Alkohol“, Dr. Lennhoff: „Die Krankheiten des Halses und der Nase und ihre Verhütung“, Dr. Auerbach: „Pflege und Ernährung des Säuglings“, Prof. Sommerfeld, „Die Tuberculose und ihre Bekämpfung“.
- Eine **kurze Darstellung des preuss. Gesetzes betreffend die ärztlichen Ehrengerichte**, das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern vom 25. November 1899, nebst einem Auszug aus den *Verordnungen über die ärztliche Standesvertretung* hat Dr. Natterer herausgegeben (Leipzig,

Joh. Ambr. Barth, Preis 60 Pfg.) und mit erläuternden Bemerkungen versehen. Wer sich über die vorgenannten Dinge orientiren will, erhält in Natterer's Schriftchen rasch die nöthigen Instructionen.

- Wie alljährlich wollen wir wieder auf einige **Medicinal-Kalender**, welche wir unseren Lesern empfehlen können, hinweisen. Der „*Reichs-Medicinal-Kalender*“ (Verlag von G. Thieme, Leipzig) zeichnet sich bekanntlich durch seinen äusserst reichen Inhalt aus, der im Haupttheile fast 300 S. ausfüllt und ausserdem noch in 2 Beiheften enthalten ist; denn das übliche „Beiheft“ ist diesmal der Handlichkeit wegen getheilt worden: in Heft 1 finden wir lehrreiche Aufsätze von Horstmann, Jacobson, Jurasz, Baginsky, Thiersch u. s. w., in Heft 2 aber Verzeichnisse von Curorten und Bädern, Pflege- und Heilanstalten für Trinker, Irre, Blinde, Taubstumme, Krüppel, Schwachbefähigte, Asylen von Wöchnerinnen etc. Lorenz' *Taschenkalender* (S. Rosenbaum, Berlin), diesmal von Dr. Rosenberg redigirt, weist mannigfache Verbesserungen auf, welche gern acceptirt werden, desgleichen ist der Inhalt vermehrt worden um die Formulae magistrales, um einen Abriss über Massage, um Diaetvorschriften, Verzeichnisse von Bädern und Heilanstalten u. A. m. Auch der übrige Text ist gesichtet und vervollständigt worden. Der *Medicinal-Kalender mit Recept-Taschenbuch* der Allgem. Medic. Central-Zeitung (O. Coblentz, Berlin) enthält dies Jahr statt der Monographien eine Reihe für den Praktiker wichtiger Tabellen und Zahlenangaben aus dem Gesamtgebiet der Medicin, womit dieser Kalender etwas sehr Zweckmässiges und Brauchbares bietet. Auch ausserdem ist der textliche Theil ein so reichhaltiger, dass der Arzt mit diesem Kalender sehr zufrieden sein wird. Alle die genannten aber bieten in 4 Quartalsheften grossen Raum für tägliche Notizen und sind schön ausgestattet.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sproltau.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 4.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

Januar

XII. Jahrgang

1903.

Die früher erschienenen elf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Amyloform, die

Verbindung des Formaldehyds mit Stärke, hat Dr. A. Gerlach (Lauchheim) als Ersatz für Jodoform viel benützt, und hat sich ihm das sehr feine, ungiftige und geruchlose Pulver, dessen antiseptische Wirkung überaus energisch ist, bestens bewährt. So bei frischen *Wunden* und Verletzungen, bei eiternden Wunden, wo es die Granulationsbildung beschleunigte und die Heilungsdauer erheblich abkürzte, bei vernachlässigten Wunden mit schlechten Granulationen, wie *Unterschenkelgeschwüren* und *Decubitus*, wo es eminent secretionsbeschränkend, desodorisirend und heilend wirkte, bei *Intertrigo*, *phlegmonösen Processen* (Panaritien) und *Abscesshöhlen*, inficirten *Quetschwunden*, *Furunkeln* und *Carbunkeln*. Auch 2 Fälle von chron. *Osteomyelitis* heilten bei Amyloform in kurzer Zeit, desgleichen mehrere chron. *tuberculöse*

Knocheneiterungen. Bei 2 Fällen nach Exstirpation einer *Mastdarmfistel*, 3 mal nach Operation von *Haemorrhoiden* und 6 mal bei *Phimosen*-Operationen bei Kindern bewährte sich das Mittel, endlich auch bei nässendem, gewerblichem und scrophulösem *Ekzem*.

(Therap. Monatshefte 1902 Nr. 10.)

- Die Bruns'sche **Airolpaste** wendet Dr. R. Wanach seit fünf Jahren zur Bedeckung von Wunden, besonders genähter, mit solchem Erfolge an, dass er diese bequeme und billige Verbandmethode warm empfiehlt. Ein schwerwiegendes Bedenken gegen die Airolpaste, die wegen der leichten Zersetzlichkeit des Airols nicht sterilisirt werden kann, war der Zweifel, ob Airol genügende antibakterielle Kraft hat, um die Paste keimfrei zu machen und die auf der Haut und im Wundsecret vorhandenen Mikroorganismen ausser Thätigkeit zu setzen; diese Bedenken wurden durch Honsell beseitigt, der durch Versuche genügend nachwies, dass Airolpaste an sich einen antiseptischen Verband darstellt. Sie muss hergestellt werden nach der Formel:

Rp. Airol. 5,0

Muc. Gum. arab.

Glycerin. aa 10,0

Bol. alb. q. s. ut f. pasta mollis.

Berührung mit Metallen muss bei Bereitung, Aufbewahrung und Gebrauch der Paste vermieden werden, weshalb sie auch nur mittelst ausgekochten Holz- oder Glasspatels auf die genähte Wunde aufzutragen ist, worauf dann eine dünne Watteschicht zu drücken ist. Tags darauf ist alles zu einer festen Platte eingetrocknet, die aber hygroskopisch bleibt (im Gegensatz zu Collodium!). Nach 4—8—14 Tagen kann man das Ganze im Zusammenhang abnehmen (ohne jegliche Beschwerden für den Pat.) und findet fast nie Stichecanaleiterungen; und wenn mal auch geringe eingetreten sind, so wird das Secret dauernd aufgesogen, und es kommt nicht zu tiefen Eiterungen. Nie wird die Haut gereizt; selbst so zarte Stellen, wie die Vorhaut kleiner Kinder (Phimosenoperation!) bleiben intact. Die Airolpaste ersetzt durchaus die unbequemen Bindenverbände, die ausserdem ja nicht überall ordentlich applicirt werden können und nicht immer (z. B. in der Nähe von Körperöffnungen) die Wunde von secundärer Infection durch Se- und Excrete schützen, während die Paste überall gut sitzt, genügenden Schutz gewährt und doch den Pat. fast gar nicht lästig ist.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1902 No. 40.)

- **Seifenspiritus als Desinficiens von Instrumenten** hat Dr. K. Gerson (Berlin) schon 1900 empfohlen und folgendes Verfahren angegeben: Medicinische Instrumente werden im ganzen Bereiche der Schneiden mit in Seifenspiritus getränkter Bruns'scher Watte fest umwickelt, so beliebig lange aufbewahrt und unmittelbar vor dem Gebrauche ihrer Wathüllen entkleidet; sie sind dann ohne weitere Desinfection aseptisch und zur Operation gebrauchsfertig (zur Umwicklung von Scheeren und Pincetten legt man das in Seifenspiritus getränkte Stück Watte zwischen die Branchen, schliesst diese und dreht die Watte fest um sie herum). Um dies zu beweisen, hat Autor im C. S. Engel'schen Laboratorium Versuche angestellt, die den Verhältnissen des Praktikers genau angepasst wurden und zunächst zeigen sollten, dass die Instrumente so beliebig lange aseptisch *erhalten* werden. Es wurden 4 Messer, 1 Pincette, 1 Scheere 15 Minuten gekocht, von diesen dann 2 Messer, Pincette und Scheere mit in Seifenspiritus getränkter Watte umwickelt, die 2 anderen Messer aber nicht. Alle 6 Instrumente wurden in eine gewöhnliche Schublade gelegt. Nach 5 Tagen wurden die inzwischen eingetrockneten Wathüllen entfernt (sie liessen sich leicht in toto abziehen), die Instrumente gleich den nicht umwickelten Messern einzeln in Nährgelatineröhrchen eingestochen. Nach 2 Tagen zeigten die Einstiche der nicht umwickelten Messer Keime (Diplokokken der Luft), die übrigen 4 liessen die Gelatine auch nach weiteren 8 Tagen steril. Wiederholung des Versuchs, nur dass jetzt je 4 Instrumente je 8 und 14 Tage in der Wathülle liegen blieben, ehe sie auf Gelatine geimpft wurden. Wiederum blieben diese Röhrchen nach 14 Tagen steril, die nicht umwickelten Controlmesser nicht. Nun tödtet aber nach Mikulicz Spirit. saponat. Staphylococcus aureus schon nach $\frac{1}{2}$ Minute. Es lag daher nahe, das umständliche Kochen zu unterlassen und zu sehen, ob nicht Spir. saponat. allein genüge, Instrumente aseptisch zu machen und zu erhalten. Es wurden 4 Messer und 2 Pincetten mit Abscesseiter, aus dem der Staphylococcus albus in Reincultur gewonnen wurde, bestrichen, 10 Minuten zur Antrocknung des Eiters liegen gelassen, darauf 2 Minuten mit in Spir. saponat. getränkter Watte abgerieben und mit solcher fest umwickelt. Das Abreiben der Instrumente geschah mit 3 in Spir. sapon. getränkten Bäuschchen: mit dem 1. wurde die grösste Verunreinigung abgewischt, mit den beiden anderen dann je eine Minute gerieben und mit einem 4. umwickelt. Nach 5 Tagen Impfung in Gelatine; dieselbe nach 8 Tagen

10*

noch steril. Letzteres war ebenso der Fall mit 14 Tagen in der Umhüllung gelassenen Instrumenten. Nun wurden die Versuche an einem empfindlichen Nährboden, auf Agar, wiederholt. Auch hier wurde Sterilität erzielt. Diese Erfolge ermuthigten zu weiterer Vereinfachung des Verfahrens. 10 Instrumente wurden mit Eiter bestrichen, nach einigen Minuten auf mit Spir. sapon. getränkter Watte oberflächlich einmal abgestrichen und dann mit einem 2. mit Spir. sapon. getränkten Bausch fest umwickelt. Auch hier nach 14 Tagen noch Sterilität des nunmehr geimpften Agars. Diese Versuche (also inficirte Instrumente auf mit Spir. sapon. getränkter Watte oberflächlich abstreichen, dann umwickeln, nach 8—14 Tagen auf Agar impfen) wiederholte Autor 20 mal, stets mit gleichem Erfolge (der auch blieb, wenn der Spir. sapon. zur Hälfte mit gewöhnlichem Leitungswasser verdünnt wurde). Jetzt inficirte Autor 10 Instrumente mit Eiter, wischte sie gar nicht ab, sondern umwickelte sie einfach. Auch hierbei blieb nach 8 Tagen Agar (nach 4 tägigem Verweilen im Brutschrank) steril; die mit Spir. saponat. getränkte Watte machte also einfach als Umhüllung bereits die Instrumente aseptisch und erhielt sie so. Wie vermag aber diese Watte auch nach ihrer Austrocknung noch die Instrumente wochenlang aseptisch zu erhalten? Lässt man in einer flachen Schale etwas Seifenspiritus verdunsten, so bleibt eine dickliche Schmierseife zurück. Ebensolche bleibt eben auch in der Wattehülle zurück und umgiebt das Instrument mit einer luftdichten feinen Seifenhülle, bewirkt auch luftdichte Verklebung der Wattefasern. Darin liegt das Geheimniß gerade des Spir. saponat. Der Praktiker wird ja das mit Eiter beschmutzte Instrument nicht ungereinigt fortlegen. Er wischt die Instrumente also mit in Spir. saponat. getränkter Watte ab, umwickelt sie dann in der angegebenen Weise, und wird sie auch nach wochenlangem Liegenlassen dann aseptisch und sofort gebrauchsfertig finden. Bei Bougies wäre diese Umwicklung etwas umständlich. Aber für sie genügt es, wie ebenfalls Versuche mit Colibacillen zeigten, durchaus, wenn man sie unmittelbar vor dem Gebrauch 3 Minuten mit Spir. saponat. abreibt (ebenso, wie oben geschildert, mit 3 Bäuschchen Watte). Auch bei Versuchen mit Eiter erwiesen sie sich als steril. Auch bei längeren (gynaekologischen) Instrumenten genügt dies.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 43.)

Blutungen. Ferropyrin als Haemostaticum hat Dr. E. Toff

(Braila) benützt. Seine 4jährigen Erfahrungen berechtigen ihn zur Empfehlung dieses Mittels, das sich zunächst *in Substanz* bei heftigen *Nasenblutungen*, grossen *Schnittwunden* mit parenchymatöser Blutung und bei unstillbaren *B. nach der rituellen Circumcision* bestens bewährte. Am häufigsten wandte Autor es in der *geburtshülflich-gynaekol. Praxis* an: bei *B. im Wochenbett*, nach *Abort*, bei *Endometritis*, *profuser Menstruation*, bei *Myomen* und *Carcinomen*; fast nie kam ein Misserfolg vor, ja vielmals konnte constatirt werden, dass Ferropyrin nicht nur die *B.* stillte, sondern auch das Grundleiden günstig beeinflusste, was namentlich bei *hämorrhagischer Endometritis* zu Tage trat. Autor spritzte das Mittel in diesen Fällen mit der Braun'schen Spritze ein in 15—20%iger Lösung. In seltenen Fällen sind die Einspritzungen von schmerzhaften Contractionen gefolgt, weshalb es rathsam ist, bei empfindlichen Pat. anfangs nur wenige Tropfen einzuspritzen; meist wird aber der Inhalt der ganzen Spritze (1 ccm) gut vertragen, und werden leichte *B.* durch eine oder mehrere täglich vorzunehmende Injectionen sicher zum Stillstande gebracht. Auch *intern* versuchte Autor das Mittel, und wirkte dasselbe günstig bei *Cephalalgieen* und *Neuralgieen* infolge von *Chlorose* und *Anaemie*. Bei *Chlorose* mit *dyspeptischen Beschwerden* verordnet man:

Rp. Ferropyrin. (Knoll) 0,6
 Acid. mur. dil. gtt. V.
 Pepsin. germ. solub. 5,0
 Aq. dest. ad 200,0
 S. nach jeder Mahlzeit 1 Esslöffel voll.

(Aerztl. Rundschau 1902 No. 41.)

— **Adrenalin** hat Dr. F. Schubiger-Hartmann (Solothurn) besonders an der Nase angewandt, und er kann bestätigen, dass das Mittel hier Ausserordentliches leistet. Bringt man 1%ige Lösung auf die Nasenschleimhaut, so wird die Mucosa ganz blutlos, retrahirt sich oft so stark, dass sie wie Perioest die Muscheln überzieht; man kann einen Einschnitt in diese machen, ohne dass ein Tropfen Blut herausquillt. Adrenalin gestattet, alle *intranasalen Operationen*, z. B. auch die früher wegen *B.* so unangenehmen Eingriffe am Septum, ohne Blutverlust zu vollenden. Autor benützte gewöhnlich die 1%ige Lösung von Adrenalin. hydrochloric. (in physiol. Kochsalzlösung mit Zusatz von

Chloreton), wie sie im Handel zu haben ist. Dieser Lösung fügte er gewöhnlich etwas 20%ige Cocainlösung zu, und zwar einigen Tropfen jener die gleiche Tropfenzahl der Cocainlösung, und bestrich mit dieser Mischung 2—3 mal in Intervallen von 2—3 Minuten die zu operirende Stelle. Ist stärkere Anaemisirung erwünscht, z. B. bei grösseren Eingriffen am Septum, so löst er das Cocainpulver direct im Adrenalin auf. Die Blutleere der Schleimhaut dauert 1—2 Stunden, dann folgt eine reactive Hyperaemie, jedoch nicht stärker als nach Cocain (zur Vorsicht lege man allerdings ein Vioformgazetampon fest auf die Wunde). Ebenso werthvoll ist Adrenalin bei localen Eiterungen der Nase, besonders den *Empyemen der Nebenhöhlen*. Die durch das herabfliessende Secret geschwollene, oft polypös degenerirte Mucosa retrahirt sich, gestattet den Einblick in die Nasengänge und ein Urtheil über die Herkunft des Eiters. Oft quillt während der Besichtigung ein breiter Eiterstrom durch den erweiterten Ausführungsgang der Nebenhöhle herab. Autor lässt daher bei acuten Empyemen, wie sie häufig nach Schnupfen auftreten, die Pat. einen in Adrenalin getauchten Wattebausch mehrmals im Tage in die Nase heraufführen, wodurch meist rasche Abnahme der Schmerzen eintritt, der Eiter sich freier ergiesst und der ganze Process abgekürzt wird. Vor Cocain hat Adrenalin den Vorzug der stärkeren Wirkung und Unschädlichkeit; Autor hat hier nie unangenehme Nebenerscheinungen beobachtet. Bei hartnäckiger *Epistaxis* wirkte Adrenalin nicht immer so prompt. Autor hat jüngst bei einer mässig heftigen Blutung aus dem vorderen Theile des Septums, wo die Verhältnisse gut zu übersehen waren, vergeblich wiederholt einen Adrenalin-Wattebausch aufgedrückt; das nachquellende Blut schien das Mittel allzu rasch zu verdünnen und wegzuschwemmen. Hierauf zerstampfte er eine Nebennierentablette (Burrough, Welcome & Co.) zu Pulver, wälzte etwas Watte darin und brachte sie auf die blutende Stelle, worauf die Blutung bald stand. Auch bei *Ohrenkrankheiten* versuchte Autor Adrenalin. Man kann sich einen schwierigen Tubenkatheterismus manchmal dadurch erleichtern, dass man die im Weg stehende untere Muschel durch Bepinselung verkleinert. Mittelohrpolyphen werden zum Schrumpfen gebracht; sie lassen dann ihren Ursprung besser erkennen und können leichter extirpirt werden.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1902 No. 21.)

- Ueber **parenchymatöse Magenblutungen** lässt sich im Anschluss an eine Beobachtung Dr. E. Moser (Rostocker chirurg. Klinik) aus. Am 22. X. 97 wurde ein 41jähr. Tagelöhner eingeliefert. Derselbe hatte seit längerer Zeit Magenbeschwerden, Schmerzen, Uebelkeit, schliesslich Erbrechen, Symptome, die manchmal einen Tag nachliessen, aber immer wiederkehrten. Pat. wurde einige Zeit beobachtet, dabei mancherlei Charakteristisches eruiert. So wurden eines Tages nüchtern 400 ccm einer sauer riechenden, trüben, wässerigen Masse exprimirt mit Gesamtaacidität von 68 ‰. Auf Magenspülungen und Natr. bicarb. besserte sich der Zustand subjectiv und objectiv, die Beschwerden liessen nach, die Acidität sank auf 39 ‰, später auf 24 ‰. Am 13. XI. entlassen, fühlte sich Pat. wohl bis Sommer 1899, von wo ab sich die früheren Beschwerden allmählich wieder einstellten: nach dem Essen copiöses Erbrechen, Uebelkeit, saures Aufstossen, Schmerzen genau 3 Fingerbreiten rechts vom Nabel, bedeutende Abnahme des Körpergewichts. Aufnahme am 21. XII. 99. Pat. jetzt von starken Magenblutungen heimgesucht, wird am 15. I. operirt, stirbt aber 4 Tage später. Obductionsbefund: Magen dilatirt, Magenwandung dick, Muskulatur hypertrophisch; vom Magen aus ist die Oeffnung in den Darm gut für einen Daumen durchgängig; in der Pylorusgegend ausgedehnte Verwachsungen in der Grösse einer Handfläche; Magenschleimhaut blass, theilweise leicht geschwollen; dicht über dem Pylorus 4 stecknadelkopfgrosse Blutungen, eine mit flachem Defect des Epithels. Als Grund der ziemlich reichlichen B. ergaben sich also 4 punktförmige Stellen! Wie entstanden nun diese B. während des Lebens? Die verschiedensten Ursachen für Magenblutungen waren von vornherein auszuschliessen. Man musste schliesslich an jene seltenen B. bei acuter und chron. Gastritis denken. Die Verwachsungen um den Pylorus herum konnten doch auch nur mangels anderer Erkrankungen auf entzündliche Processe bezogen werden. Obwohl nichts nachweisbar war, glaubt also Autor doch, dass eine *Gastritis*, wenn auch nur als unterstützendes Moment, mit im Spiel war. Weit wichtiger erschien aber ein anderer Umstand, nämlich die *Pylorusstenose*. Bei der Obduction fand sich ja eine solche nicht. Dass sie aber intra vitam vorhanden war, beweist die Muscularishypertrophie am Magen und auch der klinische Verlauf. Durch eine Reihe von Beobachtungen ist es erhärtet, dass während des Lebens Stenosen (meist musculäre) am Pylorus vor-

handen sein können, ohne dass man bei der Obduction die geringste Veränderung findet. Ueber das Bestehen einer Pylorusstenose besteht aber wohl kein Zweifel, wenn früh nüchtern 400 ccm Mageninhalte exprimiert werden! Folgen der Stenose sind Retention von Mageninhalten und venöse Hyperaemie der Schleimhaut. Aus dieser hyperaemischen Schleimhaut erklären sich die Blutaustritte als Folge der Muskelcontractionen ohne Zwang. Hat doch Harttung Blutaustritte aus hyperaemischer Schleimhaut im Darm auch ohne nachweisbare Veränderung der Capillaren gefunden; um wieviel leichter müssen sie bei einem Magen zustande kommen, wo die Verengerung des Ausganges immer wieder neue Muskelcontractionen in der stets wieder mehr hyperaemisch gewordenen Schleimhaut anregt. Auch die Magencontractionen beim Erbrechen befördern die B., während andererseits das in den Magen ergossene Blut als Emeticum wirkt, vielleicht sogar dadurch auch neue Pyloruscontractionen anregt, sodass der Circulus vitiosus vollständig wird. Auf ähnliche Weise, Muskelcontraction bei Hyperaemie, erklärt Harttung im Magen das Zustandekommen von Erosionen, indem das hämorrhagisch infiltrierte Schleimhautgewebe nur unvollkommen oder gar nicht von Blut durchströmt wird und somit der verdauenden Wirkung des Magensaftes unterliegt. In obigem Falle war nur an einer kleinen Stelle die Andeutung einer Erosion. Wahrscheinlich hat Pat. auch in der Gefahr einer Erosions- resp. Geschwürsbildung geschwebt, die aber durch rechtzeitige Therapie (Magen-spülungen, Natr. bicarb.) abgewendet wurde, welche die zerstörende Wirkung des Magensaftes auf die kleinen blutenden Stellen hintanhalt. Der Abfall der Säuremenge nach dieser Behandlung, das Aufhören der Schmerzen sprechen deutlich für eine unangenehme Aetzwirkung der Säure. Diese Therapie beseitigte freilich nicht die Stenose, sodass Pat. schliesslich zu Grunde ging. Wo diese Stenose herkam, lässt Autor dahingestellt, doch glaubt er an eine *durch den Magenkatarrh ausgelöste spastische Stenose*, der er, wie allen Pylorusstenosen, einen *grossen Einfluss auf das Zustandekommen parenchymatöser Magenblutungen* zuschreiben zu müssen glaubt.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 44.)

Diphtherie. Einen **Beitrag zur Kenntniss vom chron. Rachen-diphtheroid** liefert Dr. E. Neisser (Städt. Krankenhaus Stettin). „Eine Gruppe klinisch und aetiologisch zusammen-

gehöriger Fälle von chron. Erkrankung der oberen Luftwege“ hat 1900 Autor zusammen mit *Kahnert* beschrieben; Fälle chron. Heiserkeit, einhergehend mit Atrophie der Rachenschleimhaut und Neigung zur Eintrocknung des producirtten Schleimes, Ausdehnung des Processes vom Nasenrachenraum bis in den Kehlkopf, Fehlen jeder tiefgreifenden Veränderung, Remissionen, resp. frigorische Exacerbationen der Krankheitserscheinungen. In allen Fällen Züchtung von Diphtheriebacillen, deren endgültige Beseitigung durch keinerlei Therapie gelang; hoher Antitoxingehalt des Blutes. Einen hierhin gehörigen Fall hat also Autor jetzt wieder beobachtet: Ein 4 monatliches Kind erkrankte an echter D., 2 Tage später desgleichen dessen 2 jähriges Schwesterchen. Eine Infectionsquelle lässt sich absolut nicht finden. Das 3. Kind der Familie, ein 7 jähr. Knabe wird aus dem Hause gegeben, die Wohnung und alles Uebrige aufs peinlichste desinficirt, die Familie verlässt auf 26 Tage das Haus, wo nur *das Dienstpersonal zurückbleibt*. Das jüngste Kind war bald seinem Leiden erlegen, das 2. bei Serumtherapie rasch gesund geworden. Bereits 11 Tage nach der Erkrankung hatte das Kind keine Diphtheriebacillen mehr im Halse. 8 Tage nach Rückkehr der Familie in die Wohnung erkrankte aber auch das 3. Kind, das inzwischen wieder der Familie sich beigesellt hatte, an D. Die Mutter denkt jetzt bei der Suche nach einer *Infectionsquelle* an *das eine Hausmädchen, das schon immer durch Heiserkeit auffiel*. Es erfolgt nunmehr dessen Aufnahme ins Krankenhaus, nachdem noch eruiert worden, dass das andere Hausmädchen, sowie Hausherr und Hausfrau keine Diphtheriebacillen beherbergten. Das verdächtige Hausmädchen ist 22 Jahre alt. Als es 8 Jahre alt war, hatte ihr Bruder D. Pat. selbst will schon in ihrer Jugend sehr häufig heiser gewesen sein, ohne sonst viel Beschwerden gehabt zu haben. Später hatte sie dabei oft Trockenheit im Halse und das Gefühl, als sässe etwas hinten im Rachen. Solche Zustände traten im Winter häufiger auf, als im Sommer. Sie war als Amme zu dem jüngsten der obigen Kinder in Dienst getreten; seit 5 Wochen ist sie wieder heiser, hat Husten und jene Halsbeschwerden. Hintere Rachenwand sehr stark glänzend, trocken, verdünnt, deutliche Follikelschwellung. Stimmbänder geröthet, verdickt, glanzlos. Auf der hinteren Pharynxwand, im Nasenrachenraum, auf den Stimmbändern schwärzlicher, sehr zäher Schleim. Ein Abstrich davon ergiebt typische Diphtherie-culturen. Auch durch das Thierexperiment werden echte,

virulente Diphtheriebacillen nachgewiesen. Trotz 2monatlicher, sehr intensiver örtlicher Behandlung gelingt es nicht, die Bacillen zum Verschwinden zu bringen. — Der Fall entsprach also in jeder Beziehung dem Bilde des oben beschriebenen chron. Rachendiphtheroids, dessen Gefährlichkeit als Infektionsquelle deutlich hervortritt. Dass diese hier lag, war vollkommen klar, durch alle Umstände durchaus erwiesen. Das 4monatliche Kind, bei dem jede äussere Infektionsquelle auszuschliessen war, kam zuerst daran. Pat. war als dessen Amme ins Haus gekommen und hatte es 4 Wochen genährt, dann noch weiter als Kindermädchen gepflegt, trotzdem sie schon anfang, heiser zu werden und zu husten. Die Desinfection der Wohnung hatte natürlich nichts genützt, denn das Hausmädchen mit ihren Bacillen im Halse blieb weiter darin und besorgte aushülfsweise nach Rückkehr der Familie den 7jähr. Knaben, der dann 5 Tage später erkrankte. Schliesslich erkrankte später an D. noch das Hausmädchen, das mit der Pat. während Abwesenheit der Familie in der Wohnung zurückgeblieben war. Das Blutserum der 22jähr. ins Krankenhaus aufgenommenen Pat. war behufs Einleitung einer Toxintherapie auf etwaigen Antitoxingehalt untersucht worden. Pat. beherbergte in ihrem Blute etwa 2000 I.-E. Diphtherieantitoxin. Es bestand also bei ihr, der Trägerin und Ueberträgerin virulenter Bacillen, ein hoher Grad von Immunität, derart, dass sie gegen die schweren Einwirkungen ihrer Bacillen geschützt war. Als Amme hätte sie auch dem Kinde vermöge ihres grossen Antitoxinbesitzes wohl volle Immunität verliehen, hätte sie nicht nach 4 Wochen aufgehört zu nähren. Von da bis zur Erkrankung des Säuglings vergingen 4 Monate, ein Zeitraum, in dem der etwa bereits vorhandene Schutz verloren ging.

(Deutsche medicin. Wochenschrift, 1902 No. 40.)

- Ueber einen **Fall von gangraenöser D. der Vagina** liess sich Fischer aus und zeigte die Präparate von dem 1 $\frac{1}{4}$ jähr. Kinde, das, wegen einer Vulvovaginitis gonorrhoeica poliklinisch behandelt, nach 10 Tagen wegen D. der Vulva in die Klinik aufgenommen worden war, wo es nach weiteren 3 Tagen plötzlich starb. Die Section ergab eine ausgedehnte gangraenöse D. der ganzen Vulva und Vagina bis zum Muttermunde, bei völlig intacter Uterusschleimhaut. Auf beiden Gaumenmandeln fanden sich kleine Geschwüre ohne Belag, leichter Belag noch auf der Rachenschleimhaut. Die Muskulatur des Herzens zeigte hoch-

gradige Verfettung, Leber und Nieren starke trübe Schwellung. Milztumor, Röthung der Magenschleimhaut und Darmfollikel. Abstreifpräparate der Mandelgeschwüre und aus der Scheide zeigten von ersteren spärliche, von letzterer massenhafte Diphtheriebacillen und Streptokokken. Bei der 1. Untersuchung des Vaginaleiters waren nur Gonokokken in Reincultur vorhanden. — Es hatte sich also auf dem Boden einer Gonorrhoe infolge einer leichten Halsdiphtherie, die klinisch keine Symptome gemacht hatte, eine hochgradige diphtheritische Erkrankung der Vulva und Vagina entwickelt. Interessant ist, dass bald darauf eine etwas ältere Schwester an einer einfachen Gonorrhoe der Vagina und D. der Mandeln erkrankte; eine Verschleppung der Diphtheriebacillen trat aber hier nicht ein.

(Altonaer Aerztl. Verein, 23. IV. 1902. —
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 42.)

Erysipel. Jodtinctur bei E. empfiehlt warm P. J. Tanfiljew auf Grund von 42 Beobachtungen. Bei nicht allzu ausgebreiteter Affection wurde die krankhafte Stelle in toto bepinselt, sonst genügt es auch, die Peripherie in einer Breite von 3—4 cm zu bestreichen; in jedem Falle muss die nächste gesunde Umgebung mit behandelt werden. Die Pinselungen sind 3mal täglich zu machen. Wirkung in einzelnen Fällen direct abortiv; bei schwererer Heilung in einigen Tagen.

(Wojenno med. Journal 1902, Januar. — Dermatolog. Centralbl. Bd. V. No. 12.)

— Zur **Therapie des E.** schreibt Dr. Ströhl (München): „Aus den vielen im Laufe der Jahre erfolgten Publicationen über Erysipelbehandlung habe ich mir folgende Behandlungsart zusammengestellt und erprobt:

Rp. Acid. carbolic. cryst.
Tinct. Jodi aa 1,0
Mucil. Gumm. arab. 5,0
Alcohol. absol. ad 20,0
S. Aeusserlich (umschütteln!).

Mit dieser Mischung bepinselt man 2stündlich die gerötheten Stellen, bis die Schwellung abnimmt und die Röthe erblasst. Ueberdies, da die Erysipelkokken nur bei Tageslicht volle Wachsthumsfähigkeit haben, verdunkle man im Krankenzimmer nicht nur die Fenster (am besten mit rothen Vorhängen), sondern klebe auch, um das Weiterkriechen der Kokken zu verhindern, ringsum in einer Entfernung von 1 cm um das E. einen 4 cm breiten Streifen

von Zink-Guttaperchapflaster-Mull oder von Heftpflaster fest auf. Bei Gesichtserysipel lässt man ausserdem noch 2 stündlich 4% iges lauwarmes Borwasser in die Nase tüchtig hinaufschnupfen, da dieses E. in der Regel von Erosionen in der Nase seinen Ausgang nimmt.“

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 46.)

Fracturen und Luxationen. Einen **Papptriangelverband für Humerusfracturen** demonstriert Heller.

Er geht von dem Grundgedanken der alten Middeldorpf'schen Triangel aus, unterscheidet sich jedoch wesentlich von dieser dadurch, dass der Unterarm nicht nach abwärts fixirt wird, sondern auf einer senkrecht sich an die Triangel ansetzenden Unterarmschiene in vollkommen freier Haltung ruht, und dass der Abductionswinkel kein constanter ist, sondern beliebig geändert werden kann. Ein breiter, langer Pappstreifen wird vom Rippenbogen bis in die Axilla an den Thorax angelegt, dort umgebogen, sodass er als Schiene der Innenseite des Oberarms anliegt, sodann vom Ellenbogen rechtwinklig nach abwärts geführt und an dem Thoraxtheile befestigt. An den einzelnen Abschnitten sind nun entsprechende Modificationen vorzunehmen. Der Thoraxtheil soll etwa 25 cm breit sein und sich nach der Axilla zu verjüngen; an die schmalere Humerusschiene muss sich an ihrem unteren Ende die Unterarmschiene rechtwinklig nach vorne ansetzen; die Länge des Schlussstückes endlich ist nach dem für den einzelnen Fall gewünschten Abductionswinkel zu bemessen. Die sorgfältig gepolsterte Schiene wird unter Extension am rechtwinklig gebeugten Vorderarm mit breiten Cambribinden an Thorax, Schulter und Arm fixirt, und durch leichtes Ueberwickeln mit Gyps- oder Stärkebinden dem Ganzen genügende Festigkeit gegeben. Die Vortheile des Verbandes bestehen in seiner leichten Herstellbarkeit und Anpassungsfähigkeit an die Grösse des Pat. und die Bedingungen des einzelnen Falles, in seiner Leichtigkeit und Bequemlichkeit, in der Möglichkeit einer ambulanten Behandlung und der Gewährleistung guter Heilresultate.

(Medicin. Gesellschaft zu Leipzig, 10. VI. 1902. —
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 34.)

— Den **Extensionsverband** nach Heusner, wie er jetzt in vervollkommneter Weise in dessen Abtheilung (städt. Krankenhaus Barmen) üblich ist, beschreibt sein Assistent Dr. H. Wülfing. Dieser Extensionsverband ist noch einfacher anzulegen, als ein Heftpflasterverband und besitzt nicht die

mit letzterem verbundenen Unannehmlichkeiten; zur Anfertigung gehören:

1. ein Sprayapparat. Derselbe besteht aus einer gewöhnlichen, etwa 100—150 ccm fassenden Flasche, sowie einem T-förmig geformten Röhrchen, das in einem durchlochten Korkstöpsel seinen Halt findet. Der senkrechte Schenkel dieses T überragt nach unten den Stöpsel nur um ca. $\frac{1}{2}$ cm, neben demselben ist noch ein 2. Röhrchen in den Stöpsel eingelassen, das mit seinem unteren Ende in die Flüssigkeit eintaucht, mit dem anderen an der dem Mundstück gegenüberliegenden Oeffnung des horizontalen T-Schenkels endigt.

2. Die Sprayflüssigkeit. Ihre Zusammensetzung ist folgende:

Rp. Ol. Ricin. 3,0
 Resin. Damarrh.
 Colophon. aa 10,0
 Terebinth. 1,0
 Aether.
 Spir.
 Ol. Terebinth. aa 55,0
 Filtra.

Die Anfertigung ist nicht so einfach und erfordert verschiedene Technicisimen*).

3. Extensionsstreifen von verschiedener Breite und Länge. Man kann dazu starke Flanellbinden benützen; von Heuser wird jetzt ausschliesslich ein weisser, wolliger, flanellähnlicher Stoff benützt, sogen. Buckskin oder Mole-skin, der in jedem Tuchgeschäft billig zu haben ist. Aus diesem kann man sich die Streifen selbst zurechtstutzen. Sie werden so breit gemacht, dass sie zusammen fast die ganze Oberfläche des Gliedes bedecken, um möglichst viele Haftpunkte zu gewinnen.

Das zu extendirende Glied wird nun zunächst vermittelst des mit dem Munde angeblasenen Sprayapparates von allen Seiten leicht mit dem Klebestoff eingestäubt, aus einer Entfernung von $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ m. Nachdem die Knöchel durch schmale Wattekränzchen geschützt sind, wird der Extensionsstreifen angelegt, und zwar so, dass derselbe überall glatt anliegt und keine Falten bildet, dann wird derselbe mit einer weichen Mullbinde fest angewickelt. Das feste Anlegen darf aber nicht etwa durch Zug, sondern

*) Flüssigkeit (ebenso die anderen Gegenstände) tadellos zu beziehen von der Schwanenapotheke in Barmen.

durch sorgfältiges „Nachstreichen“ bewirkt werden, indem man mit der linken Hand jede Bindentour überstreicht und andrückt, möglichst ohne Renversés zu machen. Wenn der Verband länger liegen soll, wird noch eine Stärkebinde über die weiche Binde gewickelt, wobei natürlich auch jeder Zug vermieden, jede Tour mit der linken Hand festgestrichen werden muss. Ein solcher Verband kann dann Wochen, Monate liegen bleiben. Man kann an demselben einen beliebig starken Zug ausüben, einen Zug bis zur Zerreissung des Extensionsstreifen, ohne dass der Verband abrutscht. Auch das Abnehmen des letzteren ist sehr einfach: Nach Abnahme der Bindentouren werden die Streifen (ohne Schmerzen!) abgezogen, der Klebstoff geht mit etwas Olivenöl oder Spiritus rasch ab. Die Streifen können gewaschen, geplättet, immer wieder benützt werden (Billigkeit gegenüber dem Heftpflasterverbande!). Die Gegenstände sind auch zu verschiedenen anderen Zwecken verwendbar. Die Sprayflüssigkeit kann man, da sie (nach Untersuchungen!) frei von Keimen ist, an und auf Wunden bringen. So kann man z. B. bei Laparotomiewunden einen (nicht rutschenden!) Verband herstellen: Nachdem man auf die Wunde selbst einen schmalen aseptischen Gazestreifen gelegt, wird die Haut an Bauch und Rücken angesprayed, sodann eine längere sterilisirte Binde aus Extensionsstoff in Zirkeltouren, die sich dachziegelförmig decken, ums Abdomen gelegt. Dieser Verband schützt nicht nur die Wunde sicher gegen Infection, sondern verleiht auch dem Abdomen einen angenehmen Halt. Aehnlich lassen sich auch Leibbinden zur Nachbehandlung von Laparotomieen herstellen. Extensionsstreifen und Sprayflüssigkeit können ferner verwandt werden zu gürtelförmigen Zugverbänden bei Beckenbrüchen, bei Rippenfracturen statt des circulären Heftpflasterverbandes, endlich zu seitlichen Zügen, die nicht rutschen dürfen, bei Behandlung von Verkrümmungen der Gliedmaassen, Skoliosen u. s. w.

(Münchener med. Wochenschrift 1902. No. 38.)

- Eine **seltene Ursache einer Phalangealfractur** fand Stabsarzt Dr. Schultes (Jena) bei einem Soldaten, der sich wegen Schwellung seines linken kleinen Fingers krank meldete. Die Röntgenaufnahme ergab einen Schrägbruch der Grundphalanx des kleinen Fingers, beginnend an der interphalangealen Gelenkfläche, das distale Bruchende etwas ulnarwärts verschoben. Pat. konnte anfangs überhaupt nicht mit Bestimmtheit angeben, wobei sich der Unfall zugetragen hatte. Autor dachte zuerst an eine jener Fracturen, welche

bei Kutschern nicht selten sind, und die dadurch zu Stande kommen, dass der Zügel einmal um die Mittelhand oder die Finger herumgeschlungen wird, und dass nun durch einen plötzlichen kräftigen Ruck des Pferdes ein starker Zug nach der einen Seite ausgeübt wird. Aber es stellte sich doch heraus, dass es bei dieser Gelegenheit nicht geschehen sein konnte, wenn der Pat. zu Hause auch tatsächlich kutschirt hatte. Die Ursache der Fractur war vielmehr folgende: Pat. hatte von der Mutter bei der Abreise die übliche Wurstkiste erhalten und diese an einer Bindfadenstrippe als Aufhängsel zur Bahn getragen. Die Last ruhte auf der Beugefläche des 2., 3. und 4. Fingers, während sich der kleine (jetzt verletzte) Finger ausserhalb der Schlinge befand. Bei dem starken Gedränge beim Einsteigen in den Eisenbahnzug wurde nun das von ihm getragene und neben dem Beine herunterhängende Kistchen so verschoben, dass der kleine Finger ganz stark zur Seite gedrängt und dabei abgknickt wurde. — Nach Bardenheuer ist die Ursache solcher F. fast ausnahmslos eine directe, den Finger treffende Gewalt. Hoffa erwähnt, dass gelegentlich auch durch forcirte Rotations- oder Seitenbewegung ein Bruch zu Stande kommt; ein derartiger Vorgang ist bei obigem Fall die Ursache gewesen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 43.)

Intoxicationen. Beiderseitige Ophthalmoplegia interna,

hervorgerufen durch Extr. Secal. cornut. beobachtete Dr. P. Schneider (Magdeburg). Derselbe wurde consultirt von einem 30jähr. Werkmeister wegen folgender Beschwerden: Seit einigen Tagen könne er des Morgens nicht mehr lesen, nur mit einem starken Convexglase gehe es einigermaassen; das Sehen in die Ferne sei ganz gut, jedoch sähen alle Gegenstände feuerroth aus und seien verzerrt. Gegen Mittag werde das Lesen langsam besser, und gegen 4 Uhr seien alle Beschwerden an den Augen verschwunden. Ausserdem leide er an Schwindel, Ohnmachtserscheinungen, Mattigkeit, Zittern in den Gliedern. Objectiver Befund: Mit + 0,5 sphär. besteht volle Sehschärfe; Pupillen fast maximal erweitert, reagiren jedoch etwas auf Beleuchtung und Convergenz. Accommodationsvermögen fast ganz aufgehoben, Accommodationsbreite = 2 Dioptrien. Aeussere Augenmuskeln intact. Augenspiegelbefund normal, Gefässe der Retina vielleicht etwas verengt. Also beiderseitige typische Ophthalmoplegia interna, wobei das Rothsehen wohl eine Folge der Blendung durch die stark

erweiterte Pupille ist. Aber die Aetiologie? Erkrankungen des Centralnervensystems, Allgemeininfektionen, Erkältung, Traumen u. s. w. lagen nicht vor, es blieben nur I. übrig. Es stellte sich heraus, dass Pat. seit einiger Zeit Extr. Secal. corn. 2 mal tägl. 0,2 einnahm, vor dem Schlafengehen und frühmorgens nüchtern. Er hatte bisher 16 Pulver verbraucht, jedoch nach den ersten 10 nur etwas Zittern in den Gliedern verspürt, erst bei den letzten jene Allgemein- und Augensymptome bekommen. Nachdem die Pulver jetzt fortgelassen wurden, besserten sich die Erscheinungen rasch, um bald gänzlich zu verschwinden. Dass hier relativ kleine Dosen so gewirkt haben, lag wohl daran, dass das Mittel zum Theil nüchtern genommen wurde. In der Pharmacopoea germanica sind für Extr. Secal. corn. keine Maximaldosen bezeichnet, in der Ph. helvetica 0,1 pro dosi, 0,5 pro die, in der Ph. austriaca 0,5 pro dosi, 1,5 pro die, also recht differente Zahlen. Obiger Fall fordert jedenfalls zur Vorsicht in der Dosirung auf, namentlich bei längerer Darreichung.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 39.)

- Eine **Vergiftung durch ein Hausmittel** schildert Dr. J. Friedländer (Frankfurt a. M.). Eine 44jähr. robuste Frau wollte, um eine „Verschleimung der Brust“ los zu werden, *Brombeerblätter* mit Kandiszuckereinnahmen, kaufte beides bei einem Droguisten und trank Nachmittag 3 Uhr von dem Thee 2 Tassen. $\frac{1}{2}$ Stunde später ohnmachtähnliche Schwäche, heftige Uebelkeit, Erbrechen des grössten Theiles der genossenen Flüssigkeit, Sehstörungen, unstillbarer Durst, Erschwerung des Schluckens. Autor fand die Pat. mit hochrothem, aufgedunsenem Gesicht daliegend, sie sprach mühsam mit schwerer Zunge und klagte vornehmlich über unerträgliche Trockenheit im Munde und Halse, über Hitze im Kopfe, Kribbeln und Unruhe im ganzen Körper, Herzangst, undeutliches Sehen, Gefühl von Lähmung in allen Gliedern; dazwischen kamen wirre Reden, lebhaftes Gesichtshallucinationen. Colossale Pulsbeschleunigung (140), ad maximum erweiterte, total reactionslose Pupillen vervollständigten das Bild der *Atropinvergiftung*. Autor gab sofort Morphium (0.06 in 24 Stunden), Eiscompressen auf Kopf und Herz, Milch u. s. w. Schon am Nachmittage des folgenden Tages fast alle Erscheinungen verschwunden. Zweifellos waren *den Brombeerblättern Belladonnablätter beigemischt* gewesen, die sich beide, gedörst und zerkleinert, nach Farbe, Geruch und Consistenz ähnlich sind, vielleicht

kam beim Droguisten für die Aufbewahrung der Brombeerblätter eine früher Belladonnablätter enthaltende, nicht genügend gereinigte Schublade zur Verwendung, oder schon der Lieferant des Droguisten hatte sich die grobe Fahrlässigkeit zu schulden kommen lassen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 42.)

- Einige **Bemerkungen über 2 seltene Vergiftungen** macht Dr. Friedeberg (Magdeburg). 1. *Fall*: Einem 22jähr. Mädchen hatte der Arzt wegen Gebärmutterblutung 15 g *Extr. Hydrast. fluid.*, 3 mal tägl. 25 Tropfen zu nehmen verordnet. Da nach 2tägigem Gebrauch kein Erfolg eintrat, nahm Pat. am 3. Abend den ganzen Rest, d. h. ca. 9 g auf einmal. Gleich darauf Brennen im Magen, dann Uebelkeit, Schwindel, kurze Ohnmacht. Sehr unruhige Nacht, heftiger Kopfschmerz, Gesichtshallucinationen, Druck in der Herzgegend, Athembeschwerden, gegen Morgen mehrmals Erbrechen dunkelgrüner Flüssigkeit. Mittags fand Autor folgenden Status: Pallor faciei. Puls 46, Lippen leicht cyanotisch, erhebliche Schwäche, Temp. 36,2°, Athmung oberflächlich, Herztöne leise, auch Puls schwach und irregulär, Pupillen dilatirt. Injection von Campheröl, Warmwasserklysma, Einpackung in warme Decken, starker Kaffee und Wein. Abends Mattigkeit geringer, Puls 60, regulär, Temp. 36,9°, Athmung kräftiger, leichte Diarrhoe. Am folgenden Tage nur noch etwas Anaemie. Die Intoxication betraf also vornehmlich Circulations- und Nervensystem, erst in 2. Linie den Verdauungstractus; sie wurde zweifellos abgeschwächt durch das mehrmalige Erbrechen und die therapeutischen Maassnahmen. Jedenfalls erscheint es rathsam, nicht unnöthig grosse Mengen des Mittels zu verordnen und die Pat. zur Vorsicht zu ermahnen. 2. *Fall*: Ein 25jähr. Mann trank Abends aus einer Flasche 2 Schlucke *Petroleum*, das er für Schnaps hielt. Sofort den Irrthum bemerkend, steckte er den Finger in den Mund, konnte aber nicht brechen. In der Nacht erhebliches Brennen in Schlund und Magen, am anderen Morgen Kopfweh, Appetitlosigkeit, Diarrhoe, Mattigkeit; alles roch und schmeckte nach Petroleum. Objectiv nur Rachenkatarrh und belegte Zunge. Tet. Opii simpl., Nasen- und Rachenspülung mit Kal. permang. Bereits am nächsten Tage verschwanden die übrigen Beschwerden, nur die unangenehmen Geruchs- und Geschmacksstörungen hielten 6 Tage an, um dann plötzlich zu verschwinden. Dieses plötzliche Verschwinden zeigt schon, dass letztere Störungen rein nervöse waren,

auf Autosuggestion beruhten, zu der der anfängliche locale Reiz, der aber bald schwand, die Basis abgegeben.

(Centralblatt f. innere Medicin 1902 No. 42.)

- **I. nach Gebrauch von Aureol**, einem von P. Richter als „völlig unschädlich“ empfohlenen Haarfärbemittel, sah M. Wolters (Rostock) in 3 Fällen eintreten. Der eine Pat. verspürte schon einige Stunden nach Anwendung dieses Mittels heftiges Jucken und Brennen auf dem Kopfe, später schmerzte derselbe und „spannte“. Objectiv war starke Röthung der oedematösen und mit miliaren Bläschen und Pusteln bedeckten Kopfhaut zu constatiren, und ebenso afficirt erschienen die Ohren, Stirn, Nacken. Es kamen auch der Rumpf und die Extremitäten an die Reihe. Pat. wurde durch intensives Jucken sehr belästigt. Langsam verschwanden unter Puderungen die Symptome, aber in der 4. Woche bekam Pat. noch am ganzen Körper Urticaria, die 14 Tage lang anhielt. Aehnlich verliefen die beiden anderen Fälle. Autor warnt daher vor Anwendung des Aureols, wie auch ähnlicher Mittel (Fo, Phönix, Nuss-extract etc.) eindringlich.

(Dermatolog. Zeitschrift Bd IX Heft 5.)

Magen- und Darmkatarrhe. Die Stubenfliege als

Infectionsträger für Cholera infantum bezeichnet Dr. Jens Paulsen (Ellerbeck). Sie findet sich gerade in engen, dicht bewohnten, heissen und schlecht ventilirten Miethshäusern der grossen Städte am zahlreichsten, in den Monaten Mai und Juni noch nicht so zahlreich wie später. Erst wenn eine längere Zeit hohe Wärme mit geringer Luftbewegung herrscht, vermehren sich die Fliegen ungeheuer. Sie finden sich weniger in grösseren, gut ventilirten Wohnungen der besitzenden Classen, in denen sich nicht das ganze Leben in 1—2 Räumen abspielt. Sobald im September kältere Tage, namentlich Regen und Wind auftreten, wird die Fliegenplage geringer und verschwindet immer mehr gegen den Herbst. Also das Auftreten der Fliegen fällt zeitlich und örtlich mit dem des epidemischen Brechdurchfalls zusammen. In solch einer Arbeiterwohnung, wo diese Krankheit herrscht, werden die Kinder von Fliegenschwärmen belagert, die sich besonders auf die Dejectionen, die ja oft lange an Ort und Stelle liegen bleiben, stürzen, dann wieder sich auf die Kinder setzen u. s. w. Kein Wunder, dass so die virulenten Kokken überallhin übertragen werden. Autor hat auch den Magendarminhalt

von solchen Fliegen untersucht und ungeheure Mengen von Streptokokken in vielen von ihnen gefunden. Die Fliegen haben die Gewohnheit, ihren Aufenthaltsort nicht zu wechseln; nur an ganz warmen, windstillen Tagen begeben sie sich von einem Haus auf ein benachbartes. So erklärt sich die geringe Verbreitung des Leidens auf dem Lande und in weiter gebauten städtischen Vierteln. Dass grössere Kinder viel seltener daran erkranken, erklärt sich daher, dass sie eben viel leichter die Fliegen abwehren und sich vor ihnen schützen.

(Wiener klin. Rundschau 1902 No. 39.)

- **Orexin. tannic.** hat Dr. E. Matzner (Birkfeld) mit fast nie versagendem Erfolge als Stomachicum in 90 Fällen bei Erwachsenen und Kindern angewandt. Bei ersteren handelte es sich um Anorexia dyspeptica, um Anorexie bei Tuberculosis incipiens und vorgeschrittener Phthise, um Erbrechen bei Schwangeren und nach Chloroformnarkose, um Verdauungsbeschwerden nach schwer verdaulichen Nahrungsmitteln; bei Kindern um Anorexieen bei Scrophulose, Anaemie und Unterernährung, nach chron. Darmkatarrhen und Cholera infantum, bei einfacher Dyspepsie. Auf Grund seiner Erfahrungen tritt Autor warm für das Präparat ein.

(Die Heilkunde 1902 No. 9 u. 10.)

Nephritis. Ueber **traumatische N.** lässt sich Dr. H. Curschmann jun. (Medicin. Klinik Heidelberg) aus im Anschluss an einen Fall. Derselbe gehört zur Gruppe jener lange Zeit, über Jahresfrist, dauernden Eiweiss- und Cylinderausscheidungen nach Nierenläsionen, bei denen es nie zur Ausbildung sonstiger nephritischer Symptome kommt. Der Klinik wurde am 3. XII. 1901 ein Pat. zur Erstattung eines Gutachtens überwiesen, in dem die Frage der event. traumatischen Entstehung einer seit längerer Zeit beobachteten Albuminurie entschieden werden sollte. Pat., der nie Scharlach, Diphtherie, Angina u. dergl. durchgemacht, Potatorium und venerische Infection entschieden leugnet, arbeitete schwer als Tiefbauarbeiter bis zu dem Unfall. Letzterer geschah am 3. VII. 1899 und zwar so, dass eine schwere, in Bewegung befindliche Kurbel den Pat. an die rechte Körperhälfte in vehementer Weise traf, besonders aber rechts an Brust und Bauch. Der Unfall bewirkte neben schwerem Choc bedeutende äussere Verletzungen (Verrenkungen, Quetschungen), ferner Uebelsein und Erbrechen; Leib aufgetrieben und druckempfindlich;

in der rechten Bauchseite, in der Nierengegend, kopfgrosse Geschwulst durch Palpation deutlich abzugrenzen; zunächst Anurie, später mühsames und schmerzvolles Entleeren geringer Mengen Urins. über dessen Beschaffenheit nichts eruierbar. Pat. soll noch 4—6 Wochen bettlägerig gewesen sein. Noch Anfang August war jene Geschwulst in der Nierengegend in verkleinertem Umfang palpabel. Pat. wurde später mehrfach von Anderen nachuntersucht, die aber hauptsächlich die äusseren Verletzungen zu berücksichtigen schienen. Erst Herbst 1900 fand ein Arzt zum ersten Male etwas Eiweiss im (sonst offenbar normalen) Harn. Später wurde noch einmal Eiweiss constatirt, sonst keine Erscheinungen von Nephritis. Bei der Aufnahme in der medic. Klinik zeigten sich Herz, Puls, Abdomen etc. ziemlich normal. Eiweissgehalt betrug bei der 10tägigen Beobachtung stets $\frac{1}{2}$ Prom. Esbach. Beim Centrifugiren liess sich etwas Sediment gewinnen, das mikroskopisch enthielt: in spärlicher Anzahl hyaline und granulirte Cylinder, wenig Epithelien und Leukocyten. — Wie war der Fall zu beurtheilen? Kann nicht schon vor dem Unfall eine latent verlaufende interstitielle N. bestanden haben? Dagegen spricht, dass Pat. bis dahin völlig gesund und arbeitsfähig gewesen, keine zur N. führende Erkrankung durchgemacht. Der Unfall selbst aber war durchaus geeignet, eine N. hervorzurufen. Der schwere Choc nach dem Unfall, das Erbrechen, der Meteorismus wurden regelmässig bei Nierenverletzungen beobachtet. Der wesentlichste Befund aber war jener Tumor in der Nierengegend, durch Bluterguss ins paranephritische Gewebe bewirkt und bei allen Fällen von subcutaner Nierenverletzung beobachtet. Störungen der Harnentleerung sind dabei sehr häufig, aber keineswegs constant; hier waren aber erst Anurie, dann typische Oligurie und Poikilurie vorhanden. Allerdings fehlte Haematurie, wenn sie nicht etwa so gering und vorübergehend gewesen ist, dass man sie nicht erst bemerkte. Oft ist Haematurie bei Nierenverletzungen so gering und von kurzer Dauer. Aber auch wenn sie ganz gefehlt hätte, so spräche dies doch nicht gegen N., da sich in der Litteratur einige Fälle finden, wo trotz schwerer Nierenverletzung, die durch Operation oder Section bestätigt wurde, Haematurie nicht nachweisbar war: es muss sich da um Risse in der Kapsel und Rindensubstanz handeln, die von den Kelchen und Nierenbecken entfernt liegen, sodass die Blutung eher ins paranephritische Gewebe geht. Aber auch zwischen der Entdeckung der

Albuminurie und dem Unfall lag hier ein relativ länger Zeitraum. Aber die Eiweissmenge war hier gering, es wurde hauptsächlich Gewicht auf die äusseren Verletzungen gelegt, sodass wohl zunächst die Albuminurie entging. Auch ist letztere wohl nicht constant gewesen; diesen intermittirenden Charakter zeigte auch ein Fall traumatischer N. Thiem's. Wahrscheinlich enthielt der Harn des Pat. öfters Albumen auch bald nach dem Unfall. Der ganze objective Befund sonst stimmte auffallend überein mit dem Krankheitsbilde, das Stern fixirt hat, mit der *traumatischen circumscripten interstitiellen N.*, bei der länger, selbst über Jahre dauernde Albuminurie und Cylinderauscheidung beobachtet werden, während sonst alle übrigen Erscheinungen der N. ausbleiben. Der mikroskopische Harnbefund, das constante Auftreten von spärlichen granulirten und hyalinen Cylindern liess ja in obigem Falle eine gewöhnliche interstitielle N. erwarten. Aber schon die Menge und das specif. Gewicht zeigten ein von dem des Schrumpfnierenharns abweichendes Verhalten: Die Tagesmenge schwankte zwischen 1000 und 1600, das specif. Gewicht zwischen 1015 und 1025. Charakterisirt wird der Fall aber vor allem durch das Fehlen von Veränderungen der Kreislauforgane: Bei einer so lange bestehenden N. keine Spur von Hypertrophie des linken Herzens, keine abnorme Spannung und Rigidität des Pulses, keine Steigerung des Blutdruckes! Gerade dies spricht für traumatische N. interstitialis circumscripta. Das Trauma betrifft nur *eine* Niere, die andere functionirt normal und genügt zur Ausscheidung der harnfähigen Substanzen. Und wenn dazu in der betroffenen Niere nur ein umschriebener interstitieller Process sich etablirt, so ist es erklärlich, dass der deletäre Einfluss auf Herz und Gefässsystem fortfällt!

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 38.)

- Die Existenz einer **N. syphilitica praecox** wird, wie Privatdocent Dr. Waldvogel (Göttingen, Medic. Universitätsklinik) ausführt, oft geleugnet, aber mit Unrecht. Allerdings können für diese Existenz nur Fälle beweisend sein, in denen 1. keine Krankheit durchgemacht ist, welche häufig mit N. complicirt ist; 2. floride Syphilis, deren sichere Zeichen noch während des Auftretens von viel Eiweiss, Cylindern und Oedemen nachweisbar sind, dem Auftreten der N. vorausging, und 3. in denen eine Schmiereur erst nach dem deutlichen Hervortreten der N. eingeleitet wurde und, ohne dass sonst in der Lebens-

weise des Pat. etwas geändert wird, zu einem schnellen Schwinden der Oedeme, des Eiweiss und der Cylinder führt. Ein vom Autor beobachteter Fall, einen 31jähr. Knecht betreffend, entspricht einer ganzen Reihe dieser Anforderungen. Pat. hatte allerdings früher Masern und rechtsseitige Pneumonie durchgemacht, welche beide bisweilen mit N. complicirt sind, aber Pat. fühlte sich seit diesen Erkrankungen absolut wohl, that schwere Arbeit. Als Residuen der Pneumonie hat er trotzdem eine Dilationshypertrophie des rechten Herzens und eine rechtsseitige pleuritische Schwarte behalten. 3 Wochen vor der Aufnahme bekam er Condylome; diese waren bei der Aufnahme nachweisbar, hatten sich weiter verbreitet, in den letzten Tagen vor der Aufnahme wurde eine nachweisbare spezifische Rachenaffection schmerzhaft, alle Lymphknoten waren vergrössert. Nach 14tägigem Bestehen der Condylome traten zunehmende Oedeme auf, es entwickelten sich Ascites und Hydrothorax, bei der Aufnahme war die Urinmenge vermindert, die des Eiweiss gross, es fanden sich hyaline und granulirte Cylinder. Pat. hatte sich 8 Tage vor der Aufnahme zu Bett gelegt, die Bettlage hielt er auch in der Klinik ein, die Diaet wurde nicht geändert, es wurde Schmiercur (täglich 5 g) eingeleitet, die Urinmenge steigt alsbald, der absolute Eiweissgehalt nimmt rapide ab, Oedeme, Ascites, Hydrothorax schwanden, das Körpergewicht sank in 14 Tagen um 17 Pfund, der Eiweissgehalt war in dieser Zeit von 13,5 g auf 1,6 g gesunken. Nachdem Pat. 75 g geschmiert, war Eiweiss nicht mehr nachweisbar. Sofort nach dem Schwund der Oedeme stand Pat. auf, brachte, ohne dass sie wiederkehrten, den ganzen Tag ausser Bett zu. Als Pat. nach 7 Wochen entlassen wurde, hatte er normale Urinmenge, weder Cylinder, noch Eiweiss. Es liegt hier mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit N. syphilitica acuta praecox vor, wenn auch Einwendungen erhoben werden könnten. Zunächst würde die Verbreiterung des Herzens den Gedanken an allgemeine Stauung nahelegen, der rechte Ventrikel war um 1 cm verbreitert, nach links ging die Herzresistenz 2 cm über die linke Mamillarlinie. Diese Verbreiterung nach links war bei der Entlassung verschwunden, sie war wohl das Product einer Hypertrophie des linken Ventrikels, event. mit Verschiebung des Herzens durch das rechtsseitige Pleuratrassudat. Von der Hand ist jedoch nicht zu weisen, dass ein mässiger Erguss im Herzbeutel zu dieser Verbreiterung der Herzresistenz

beitrug. Dass es sich um keine Dilatation handelte, bewies der hohe schnelle Puls in normaler Zahl und der starke 2. Aortenton sowie der Umstand, dass die Verbreiterung des linken Herzens nicht durch Ruhe zurückging, sondern als Pat. ausserhalb des Bettes war. Wahrscheinlich hat auch die N. zu der Hypertrophie des linken Ventrikels beigetragen; mit dem Zurückgehen aller nephritischen Symptome durch die Schmiercur schwand auch die Verbreiterung des Herzens nach links. Es bestand neben der Verbreiterung des rechten Ventrikels eine mässige Cyanose des Gesichts und der Hände bis zum Ende der klinischen Behandlung, die Leber war anscheinend vergrössert, die Milz sicher; das liesse sich für die Annahme einer Stauung anführen, und die N. wäre als Stauungserscheinung zu deuten. Dagegen spricht aber alles. Es handelte sich um blasse Oedeme, der Urin enthielt grosse Mengen von Eiweiss, keine Blutkörperchen, wohl aber granulirte Cylinder, die Schmiercur heilt keine Stauungsniere. Die Milz ist im secundären Stadium der Syphilis meist vergrössert, etwa 14 Tage nach Einleitung der Schmiercur war sie nicht mehr fühlbar. Die untere Grenze der Leber stand bei der Aufnahme tief, das konnte der rechtsseitige Hydrothorax bewirkt haben; die Leber war nicht schmerzhaft, wie die Stauungsleber. Der 2. Einwurf ist der, es könne sich um N. acuta handeln, die zufällig zu der secundären Syphilis hinzutrat, ohne ihren Grund in ihr zu haben, oder dass die Syphilis eine acute Verschlimmerung einer latenten chronischen hervorrief. Letzterer Einwand ist nicht absolut zu widerlegen, es fehlt die Urinuntersuchung vor Beginn der Syphilis, und Pat. hatte Masern und Pneumonie durchgemacht. Damit fällt aber nicht die Behauptung, die Syphilis habe die acute parenchymatöse N. in diesem Falle erzeugt. Wenn wir auch annehmen, dass nicht alles, was Hg heilt, Syphilis ist, so liegen doch die Verhältnisse bei einer Nierenerkrankung anders als sonst. Das Nierenepithel ist sehr empfindlich gegenüber dem doch grösstentheils den Körper durch die Nieren verlassenden Quecksilber, eine Controlle des Urins deckt bei den meisten schmierenden Kranken, deren Urin vorher normal war, Eiweiss und hyaline Cylinder auf. In obigem Falle aber schwanden in acuter Weise die Oedeme, das Eiweiss, die Cylinder. Wenn auch Hg diuretisch wirkt, so beweist das Schwinden des Eiweiss, besonders wenn es so prompt und fast proportional dem einverleibten Hg eintritt, und das der Cylinder, dass mit der diure-

tischen Hg-Wirkung der Einfluss desselben auf die vorliegende N. nicht abgethan ist, dass eine spezifische Erkrankung mit spezifischem Mittel der Heilung entgegengeführt wurde. Man streitet sich über den grösseren Nutzen des Hg oder Jods. Ersteres ist aber vorzuziehen, gerade die starken Oedeme fordern uns zur Verwendung des Hg auf; wir erreichen starke Diurese und spezifische Beeinflussung der Nierenveränderungen zugleich. Bei obigem kräftigen Pat. konnte gleich mit grossen Dosen begonnen werden, sonst aber ist es rathsam, mit halben Dosen (2,5 g Ung. einer.) zu beginnen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 44.)

- **Glykosurie als Initialsympton einer Schrumpfniere** schildert Dr. S. Lang (Karlsbad) auf Grund einiger Fälle, welche zeigten, dass Glykosurie als diagnostisch werthvolles Symptom einer beginnenden Schrumpfniere auftreten kann zu einer Zeit, wo alle anderen Symptome fehlen; eine geringfügige Glykosurie, die durch Kohlehydratezufuhr nicht oder nur unwesentlich beeinflusst wird, verschwindet nach relativ kurzem Bestande, um den klinischen Symptomen einer echten Schrumpfniere Platz zu machen. Die Beobachtungen betrafen eine 63jähr. und eine 53jähr. Frau, sowie ein 11jähr. Kind.

(Die Medicin. Woche 1902 No. 46.)

Nephrolithiasis. Die **Vibrationsmassage zur Durchtreibung von Nierensteinen** benützte mit Erfolg Prof. G. Klemperer (Berlin). Die Erschütterung der schmerzbefallenen Rückenseite in der Höhe der oberen Lendenwirbel übt Autor 2 Minuten lang täglich, so 1 Woche lang. Danach treten oft neue Koliken auf, die dann den Stein herausbefördern. Unter 10 Fällen trat bei 6 dieser Erfolg ein.

(Die Therapie der Gegenwart 1902 No. 10.)

Paralysen. Einen **Fall von angeborener totaler Ophthalmoplegie** demonstriert Gessner. 6jähr. Junge, ohne Belastung (weder Lues noch Tuberculose oder Potus), mit normaler körperlicher und psychischer Entwicklung, der keine wesentlichen Krankheiten durchgemacht hat, nach 2ständiger Geburt ohne Kunsthülfe zur Welt gekommen war, zeigt eine starke Ptosis des rechten Auges, leichte Abducensstellung, Unfähigkeit ausgiebiger Bewegung nach innen, oben und unten, reflectorische Pupillenstarre und Erschwerung der Accommodation. Auffallend ist jedoch, dass, wenn nicht geprüft wird, sich ein lebhaftes Spiel

beider Pupillen in der Weise zeigt, dass bald die eine ganz eng und die andere ganz weit wird, bald umgekehrt. Die Störung wurde von den Eltern schon am 2. oder 3. Tage nach der Geburt beobachtet. Allmählich hat sich eine schiefe Haltung des Kopfes und leichte Asymmetrie beider Gesichtshälften zu Ungunsten der rechten herausgebildet. Die übrigen Gehirnnerven intact, nur Schmerzempfindung der rechten Gesichtshälfte scheinbar etwas herabgesetzt. Es dürfte sich wohl um eine *Hypoplasie des rechten Oculomotoriuskernes* handeln.

(Nürnberger med. Gesellschaft, 20. II. 1902. —
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 13.)

- Einen **Fall vonluetischer doppelseitiger Posticuslähmung** sah Dr. F. Steinhaus (Augusta-Hospital in Köln). Bei dem 39jährigen, 2 Jahre vorherluetisch inficirten Pat., der unmittelbar vorher andere specifische Erscheinungen dargeboten, trat plötzlich eine Lähmung beider Mm. cricoarytaenoidei postici ein, die bei einer eingeleiteten anti-luetischen Injectionscur innerhalb einiger Wochen ohne Tracheotomie in völlige Heilung überging. Zugleich verschwand bei dieser Therapie ein anderes Leiden, das seit einiger Zeit den Pat. arg geplagt hatte: anfallsweise auftretende Schmerzen in der linken Extremität, am Gehen stark hindernd und verbunden mit Druckschmerzhaftigkeit an der Austrittsstelle des N. ischiadicus, von wo aus die Schmerzen in der Art der lancinirenden besonders an der Hinterseite des Oberschenkels hinabgingen, offenbar eine Neuritis ischiadica luetica. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass Pat. noch andere Veränderungen an seinem Nervensystem darbot (wie träge Pupillenreaction und gesteigerte Reflexe, welche letztere wiederholt bei den Formes frustes der Tabes constatirt worden sind), konnte man daran denken, das Anfangsstadium einer Tabes vor sich zu haben, bei der schon einige Male eine Posticuslähmung als Initialsymptom zur Beobachtung gekommen ist. Es ist ferner auch der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, dass eine Affection des Gehirns, eine Herderkrankung, die erst in ihrer Entstehung begriffen ist, in Frage kam, in Analogie mit einem Falle, den Taylor beschrieb. Auch hier lag Lues vor, und es trat zunächst Heilung ein, $\frac{1}{2}$ Jahr aber nach Ablauf der Posticuslähmung machten sich cerebrospinale Erscheinungen bemerkbar. Schliesslich könnte man noch an eine periphere Erkrankung des N. recurrens als Ursache denken, eine Neuritis, also eine neuroparalytische Form der Lähmung, und diese Annahme hat wohl den

grössten Grad von Wahrscheinlichkeit für sich, wenn man erwägt, dass im Bereiche des einen N. ischiadicus gleichfalls eine Neuritis vorlag.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 45.)

Pneumonie. Zur Casuistik der **traumatischen P.** giebt

Dr. O. Schild (Städt. Louisenhospital Dortmund) folgenden Fall bekannt. 64jähr. Mann am 12. II. 1902 Abends eingeliefert. Ist vor 2 Tagen plötzlich erkrankt. Am Vormittag dieses Tages fiel er infolge Glatteises auf der Strasse hin und zwar auf die rechte Seite. Infolge heftiger Schmerzen in der rechten Seite konnte er sich nicht erheben und musste nach Haus geschafft werden. Vorher war er ganz gesund gewesen, hatte keinerlei Beschwerden gehabt. Am Abend dieses Tages heftiger Frost, am folgenden Schüttelfröste, Fieber, schweres Krankheitsgefühl. Tags darauf deshalb Einlieferung ins Spital, wo rechtsseitige Oberlappenpneumonie constatirt wurde. Am 4. Tage erlag Pat. dem Leiden, dessen Diagnose auch bei der Obduction bestätigt wurde. Der Zusammenhang des Traumas mit der P. ist hier mehr als wahrscheinlich.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 38.)

- Einen **Fall von Lobärpneumonie mit consecutivem Pemphigus acutus bei einem 2 1/2jährigen Kinde** beschreibt Dr. O. Moos (Heilbronn a. N.). Das bisher stets gesunde Kind erkrankte an typischer P. Am 9. Krankheitstage zeigten sich zum 1. Male einige Bläschen von Stecknadelkopf bis Linsengrösse auf der Vorderseite der Brust, von einem schmalen, blassrothen Saume umgeben. Diese vergrösserten sich Tags darauf zu Dreimarkstückgrösse, neue Bläschen tauchten auf Brust und Rücken auf. Dabei war der Allgemeinzustand sehr bedrohlich, gegen den Collaps waren Campherinjectionen nöthig, die hyperpyretischen Temperaturen trotzten jeglicher Antipyrese. Der Ausschlag griff immer weiter um sich, am Rumpf sassen bis hühnereigrosse Blasen, nach deren Abtragung das Bild einer schweren Verbrennung bestand; 4 Tage nach Beginn des Pemphigus erschien die untere Hälfte des Rückens in toto ihrer Epidermis beraubt, und auf der Vorderseite des Rumpfes, an Brust und Bauch waren über handteller-grosse Parthieen freiliegenden Coriums. Der Process auf der Lunge war unterdessen ziemlich abgelaufen, unter lytischem Temperaturabfall besserte sich das Befinden, die wenigen noch entstehenden Blasen blieben klein. Die

Hautaffection wurde mit Bardeleben'schen Brandbinden, die sich gut bewährten, behandelt. Die Reconvalescentz erfuhr keine Störung, das Kind wurde wieder ganz gesund.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 45.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Zur

schnellen Erweiterung des Muttermundes nach Bossi lässt sich O. Kaiser (Dresden) aus. Bossi's Methode, durch stumpfe instrumentelle Erweiterung der Cervix die Möglichkeit einer sofortigen Entbindung auf natürlichem Wege zu schaffen, hat ihre unzweifelhaften Vorzüge, ist rasch, sicher, aseptisch, unblutig. — aber Bossi's Instrument ist weniger glücklich: complicirt, wie es ist, lässt es sich zur Reinigung nicht auseinandernehmen, schneidet auch an seinen 4 Angriffsstellen ein. Autor hat ein Instrument construirt, das 8 Hebel besitzt und bequem in sämtliche Theile zu zerlegen ist. Beibehalten ist das geniale Mittel Bossi's, durch Aufsetzen von Kappen eine Verbreiterung der Angriffsfläche zu erzielen. Das Instrument ist so construirt, dass alle Minuten eine halbe Umdrehung der Kurbel erfolgen soll. In 25 Minuten ist so der uneröffnete Muttermund auf einen Umfang von 34 cm gebracht. Das Aufsetzen der Kappen soll nach der 10. Halbdrehung erfolgen. Am bequemsten ist die Anwendung, wenn man die vordere Muttermundslippe mit 2 Kugelzangen fasst, mit der linken Hand diese und den nach aufwärts gerichteten Griff hält und mit der rechten Hand dreht und die Lage controllirt. Das Instrument beim uneröffneten Muttermund einer Erstgebärenden anzuwenden, wird man wohl selten gezwungen sein; hier würde man möglicherweise mit einigen Nummern Hegar'scher Stifte vorher Erweiterung schaffen müssen. Da die Dehnung des Muttermundes nicht ins Quadrat, wie bei Bossi, sondern ins Achteck erfolgt, nähert sie sich wesentlich mehr der Kreisform, auch sind die Strecken zwischen den Angriffsstellen selbst bei völliger Spreizung viel kürzer, und die Hebel drücken, um die gleiche Oeffnung zu erzielen, nicht so tief ins Gewebe. Autor hat mit der Methode recht gute Erfahrungen gemacht, doch meint er, sie sollte nur in Anwendung kommen, wenn man gezwungen ist, sich sofort einen Zugang in die Gebärmutter schaffen zu müssen. Den Schulfall giebt die Eklampsie. Als Methode zur künstlichen Frühgeburt, wie es ja mit dem Instrument ziemlich leicht und rasch, und in Narkose in einer Sitzung geht, möchte Autor sie im Allgemeinen nicht empfehlen.

da sie sich ohne Noth vom natürlichen Vorgang zu weit entfernt; hier soll der Metreurynter an seinem Platze bleiben. Uebrigens ist das Einlegen des Metreurynters mit Autors Instrument recht leicht; man führt es mit nur 6 Hebeln ein, erweitert etwas und kann durch die Linke sehr bequem operiren. Das Dilatiren der Cervix bewirkt nun wohl eine Erweiterung, aber kein Verstreichen derselben. Die Entbindung mit Zange oder Wendung ist unter diesen künstlichen Verhältnissen viel schwieriger, als sonst. Es ist dem Autor in einem Falle, wo wegen Placenta praevia operirt werden musste, vorgekommen, dass er die Extraction, die er im Interesse des Kindes gern an die Wendung angeschlossen hätte, aufgeben musste, da ein tiefer, von einer früheren Geburt herrührender Cervixriss weiter zu reissen drohte; die nach 8 Stunden erfolgte Spontanausstossung ging ganz gefahrlos vorüber bei *verstrichener* Cervix.

(Centralbl. f. Gynaekologie 1902 No. 41).

— Ueber **Albuminurie bei der Geburt** hat Zangemeister an dem Material der Leipziger Frauenklinik eingehende Untersuchungen angestellt, auf Grund deren er folgende Schlüsse zieht:

1. Die Diurese ist am Ende der Schwangerschaft erhöht; sie steigt gegen die Geburt hin allmählich an.
2. Während der Geburt sinkt die Diurese auf durchschnittlich $\frac{1}{3}$ des Werthes in dem letzten Monat der Schwangerschaft.
3. Nach der Geburt findet zunächst eine Steigerung statt, erst dann sinkt die Diurese allmählich zur Norm.
4. Unter 100 einmal untersuchten Schwangeren der letzten 3 Schwangerschaftsmonate finden wir in ca. 10 Fällen Albuminurie.
5. Unter 100 Schwangeren kommt es im Verlauf der letzten 3 Schwangerschaftsmonate wesentlich häufiger (in ca. 40 Fällen) zu einer, wenn auch vorübergehenden Albuminurie.
6. Unter 100 Schwangeren haben 4—5 cylinderhaltigen Urin.
7. Eiweiss oder Cylinder im Urin kommen bei Erst- und Mehrgeschwängerten annähernd gleich häufig vor, bei ersteren vielleicht um Weniges häufiger.
8. In den letzten 2 Wochen der Schwangerschaft nimmt die Häufigkeit der Albuminurie und des Cylindergehaltes beträchtlich zu.

9. Geringe Eiweissmengen im letzten Monat der Schwangerschaft sind nicht pathologisch; dagegen spricht die Anwesenheit von Cylindern im Schwangeren-Urin schon für schwere Nierenveränderungen.

10. Der Geburtsurin enthält häufig trübe gekörnte Epithelien, welche aus der Niere stammen; die Ausstossung derselben nimmt mit der Geburtsthätigkeit zu.

11. Weisse Blutkörperchen finden sich in geringer Menge ziemlich häufig, desgleichen einzelne rothe Blutkörperchen.

12. Cylinder kommen annähernd gleich häufig im Geburtsurin von Erst- und Mehrgebärenden vor (40%), in grösseren Mengen lediglich bei Erstgebärenden.

13. Albuminurie und Cylindergehalt gehen bis zu einem gewissen Grade parallel.

14. Der Cylindergehalt des Geburtsurins ist in Anbetracht der Häufigkeit nicht als pathologisch zu betrachten.

15. Die Entstehung der Cylinder des Geburtsurins, bezw. der sie bedingenden Nierenläsion ist in die Zeit vor der Geburt zu verlegen.

16. Schwangeren- und Geburtsalbuminurie sind ihrem Wesen nach verschieden.

17. Frauen mit Albuminurie in der Schwangerschaft bekommen häufiger als andere Geburtsalbuminurie.

18. Die Ursache der Schwangerschaftsnier ist in einem Missverhältniss von Blutversorgung und Arbeitslast der Niere in der Schwangerschaft zu suchen.

19. Die Zunahme der Albuminurie während der Geburt wird wahrscheinlich durch Blutdrucksteigerung bei der Wehenthätigkeit bedingt.

(Archiv f. Gynaekologie Bd. 66 Heft 2.)

— **Complicationen der Schwangerschaft und Geburt mit Mastdarmkrebs** ist bisher 16mal beobachtet worden. Doc. Dr. Rossa (Graz) beschreibt einen 17. Fall bei einer 31jährigen Frau, der in vielfacher Hinsicht interessant ist. Er ist vor allem der erste, bei welchem es zu *spontaner Geburt eines ausgetragenen lebenden Kindes* kam. Ein Theil der bisherigen Fälle kam schon während der Schwangerschaft zur Beobachtung und veranlasste die künstliche Frühgeburt mit nachfolgender Exstirpation des Carcinoms oder die Exstirpation während der Schwangerschaft. In anderen Fällen wurde wegen der durch das Carcinom bedingten absoluten Raumbehinderung während der Schwangerschaft oder am Ende derselben Sectio caesarea aus-

geführt. 2 mal erfolgte Spontangeburt unreifer Kinder, 2 mal die Geburt ausgetragener Kinder per vias naturales (1 mal durch Extraction an den Füßen, 1 mal durch Perforation), beide Male unter schweren Verletzungen von Vagina und Mastdarm, an deren Folgen die Pat. wenige Tage später starben. Dieser Umstand, dass die Complication am Ende der Schwangerschaft stets die schwersten Geburtshindernisse abgegeben hatte, hat bisher zur Ansicht geführt, dass ein solcher geburtshülflich glatter Fall, wie der obige, überhaupt ausgeschlossen sei. In obigem Falle aber war die Ausbreitung des Carcinoms am Ende der Schwangerschaft zum Glück eine noch geringe, sodass kein räumliches Hinderniss entstand, wobei noch der Umstand günstig mitwirkte, dass der Tumor sehr tief sass, unterhalb des knöchernen Beckens, und noch vollständig beweglich war. So konnte ausnahmsweise die Behandlung während der Geburt eine expectative bleiben. Holländer meint, nach der Geburt sei eine Schrumpfung der Tumormassen zu erwarten; bei obigem Falle, wie in einigen anderen nachträglich zur Operation gekommenen, zeigte sich im Gegentheil eine beträchtliche Ausbreitung des Carcinoms während des Wochenbettes. Holländer bezweifelt auch die Möglichkeit, dass bei Mastdarmkrebs ein kräftiges Kind geboren werden könnte, da „das Kind durch die Reaction des Stoffwechsels auf den malignen Tumor gleichfalls, wenn auch nur secundär, geschädigt werde“; auch dies wurde durch obigen Fall, wo das Kind auffallend kräftig war, widerlegt. Holzapfel wieder meint: „Es scheint in der That, dass bei Rectumcarcinom die Schwangerschaft nicht bis zum regelmässigen Ende gelangt, dass also die Kinder die völlige Reife nicht erlangen. Es wäre ja auch leicht verständlich, dass ein Tumor, der die nervösen Gebilde des Beckens drückt und reizt, vorzeitige Wehen hervorruft.“ In obigem Falle war trotz dieses angenommenen Reizes, auf den vielleicht die wehenartigen Schmerzen der letzten Wochen bezogen werden könnten, die Schwangerschaft bis zu Ende gediehen. Obzwar hier der Tumor infolge seiner geringen Ausbreitung selbst kein Geburtshinderniss abgab, so bewirkte er indirect doch durch die Kothstauung infolge der Stenose des Rectums eine Geburtsstörung. Durch die angesammelten, einen faustgrossen Tumor unterhalb des Promontoriums bildenden Kothmassen war die Vaginalportion nach oben gedrängt und das Herabtreten des Kopfes verhindert worden, dadurch wiederum die Erweiterung des Muttermunds. Durch den Kothtumor

schien auch die Weenthätigkeit ungünstig beeinflusst zu werden; denn nach Ausräumung des Mastdarmes setzten an Stelle der bis dahin unregelmässigen, schwachen Wehen sofort energische, regelmässige ein, und sofort nach Herabtreten der Portio besorgte die Fruchtblase die Erweiterung des Muttermundes, und es erfolgte nach 5 Stunden die Geburt. Bedeutendere Kothmassen, welche Wehenanomalien herbeiführen, können ja auch ohne Carcinoma recti vorkommen, bei chron. Obstipation, congenitalen Anomalien des Rectums u. dergl. Jedenfalls darf nie unterlassen werden, durch digitale Untersuchung festzustellen, ob nicht Carcinom vorliegt. Der obige Fall illustriert endlich neuerlich die bedauerliche Verwechselung der durch den Tumor bedingten Beschwerden mit Störungen, welche lediglich durch die Schwangerschaft bedingt sind. In mehreren der bisher bekannten Fälle wurden von Pat. und Aerzten die im Kreuz localisirten Schmerzen und Stuhlbeschwerden als Vorwehen, Druckschmerzen durch den Kindeskopf u. s. w. gedeutet und genauere Untersuchung wegen der Aehnlichkeit mit den gewöhnlichen Beschwerden der letzten Schwangerschaftsmonate unterlassen. So auch in obigem Falle. Die Schwangere selbst, die in den letzten 2 Monaten von den zunehmenden Beschwerden gequält wurde, erinnerte sich, auch in den früheren Schwangerschaften ähnliche Gefühle, wenn auch in weit geringerem Maasse und nicht so andauernd gehabt zu haben, und wollte sich vom Hausarzt deswegen nicht untersuchen lassen. Erst als sie vom Morphin, das ihr bis dahin wenigstens vorübergehende Linderung verschafft hatte, keinen Erfolg mehr empfand und die Schmerzen den Charakter von Wehen annahmen und doch die Geburt nicht erfolgte, liess sie sich vom Autor untersuchen. Wenn das Carcinom hier auch noch keine solche Ausdehnung gewonnen hatte, dass es als Geburtshinderniss in Betracht kam, und wenn auch die später vorgenommene Exstirpation des Carcinoms radical gemacht werden konnte, so wurde doch durch das irrthümliche Zuwarten werthvolle Zeit versäumt, und die Aussichten bezüglich dauernder Heilung sind, da bei der Operation schon reichlich carcinomatöse Drüsen entfernt werden mussten, jedenfalls viel schlechtere, als wenn das Leiden einige Monate früher constatirt worden wäre. Mit Rücksicht auf die aus der Verzögerung sich ergebenden Gefahren, und da es möglich ist, durch Einleitung der Frühgeburt und bald nachfolgende Operation des Carcinoms, in der Schwangerschaft vorhandene Mastdarmcarcinome

unter verhältnissmässig günstigen Aussichten der Behandlung zuzuführen, so muss verlangt werden, *bei im Kreuz und Steiss localisirten Schmerzen und Stuhlbeschwerden Schwangerer die Untersuchung des Rectums sofort vorzunehmen*, ebenso wie bei den gleichen Beschwerden Nichtschwangerer.

(Centralbl. f. Gynaekologie 1902 No. 46.)

Tabes. Ueber das Erstsymptom und die Bedeutung der Achil-

lessehnenreflexe bei T. lässt sich auf Grund seiner reichen Erfahrungen Dr. Goldflam (Warschau) aus. Er beschreibt einen Fall, wo die charakteristischen Schmerzen über 10 Jahre als einziges Symptom vorhanden waren, bevor die sogen. objectiven Zeichen (reflectorische Pupillenstarre, Fehlen des einen Achillessehnenreflexes, cutane Sensibilitätsstörungen) die Diagnose sicherten. Diese und ähnliche Beobachtungen haben den Autor gelehrt, dass *die charakteristischen Schmerzen oft das früheste tabische Symptom* bilden. Das braucht freilich nicht immer so zu sein. Obwohl die lancinirenden Schmerzen nicht allein zu den ersten, sondern auch zu den constantesten tabischen Symptomen gehören, können sie manchmal nur wenig ausgesprochen sein und vereinzelt auch ganz fehlen. Meist sind es aber die Schmerzen, die den Pat. zum Arzt treiben, und sie erreichen oft eine solche Höhe, dass sie die Erkrankung zu einer der qualvollsten stempeln. Nicht selten aber nehmen sie auch während der ganzen Dauer der Krankheit eine mildere Form an; die Pat. beachten ihren „Rheumatismus“ nicht und geben die Schmerzen nur auf Befragen an. Allein der Typus, das anfallsweise Auftreten, der blitzähnliche Charakter der einzelnen Exacerbationen an einer circumscribten Stelle, der Wechsel des Ortes während der nächsten Attaquen beim Bevorzugen mancher Regionen etc. bleiben für den Arzt diagnostische Fingerzeige. In solchen Fällen könnte man von einer indolenten T., die gewöhnlich einen längeren Verlauf hat, sprechen, zumal manche Pat. jede Schmerzempfindung leugnen und nur über allerlei Paraesthesien klagen. Die Schmerzen sind in der Regel nicht an einen bestimmten Nerven gebunden. Nur ganz vereinzelt hat sie Autor eine Zeit lang im Verlaufe des N. ischiadicus sich abspielen und eine Ischias vortäuschen sehen. Bekannt ist auch die Hyperaesthesie am Ort der Schmerzen; manchmal schwellen daselbst die oberflächlichen Venen, ja die ganze Haut an und diese bedeckt sich mit Bläschenruptionen, die bald nach der Attaque eintrocknen und schwinden. Autor hat auch einen Fall gesehen, wo die Temperatur, beim

Ausbruch besonders heftiger Schmerzen an mehreren Stellen des Körpers zugleich, bis auf 40° stieg, andere, in denen die Schmerzen mit einer Temperatur von 38° einhergingen. Wo die Schmerzen in typischer Gestalt auftreten, sind sie vielleicht das charakteristischste Symptom der T. Das Westphal'sche Zeichen kommt ja auch bei Neuritis, Poliomyelitis etc. vor, die reflectorische Pupillenstarre auch bei Lues, progressiver Paralyse, Hirntumoren u. s. w., die typischen Schmerzen aber sind nur der T. eigen, und wo sie, wenn auch isolirt, auftreten, muss man stets an T. denken. Dem Verhalten der *Achillessehnenreflexe* bei T. hat Autor seit 1888 Aufmerksamkeit geschenkt. Es wies darauf hin, dass während die Knie- und Achillessehnenreflexe in der Regel ein gleiches Verhalten zeigen, d. h. gewöhnlich fehlen, man nicht selten Fällen begegnet, in denen diese Phaenomene sich ungleich verhalten, und der Achillessehnenreflex bei ausgesprochenem Kniereflex abgeschwächt erscheint. Später war es Babinski, der die diagnostische Bedeutung des Fehlens der Achillessehnenreflexe bei T. hervorhob und Fälle mit erhaltenem Knie- bei fehlendem Achillessehnenreflex beschrieb; neuerdings behauptet er sogar, „dass der Achillessehnenreflex bei T. in der Regel vor dem Kniereflex ergriffen wird oder wenigstens häufiger gestört ist, somit in diagnostischer Hinsicht eine noch grössere Bedeutung besitzt“. Vieljährige Erfahrung hat Goldflam gelehrt, dass die Achillessehnenreflexe eine ebenso regelmässige physiologische Erscheinung darstellen, wie die Kniereflexe, in krankhaften Zuständen denselben Störungen (Abschwächung, ungleichmässiges Auftreten, Ermüdung, Ungleichheit auf beiden Seiten, totales Schwinden) unterliegen, wie letztere, und auch bei denselben pathologischen Processen eine Störung erfahren. Wie zur Feststellung der Kniereflexe, so bedarf es manchmal zu der des Achillessehnenreflexes besonderer Vorsichtsmaassregeln. Die in Autors Poliklinik am meisten geübte Methode besteht darin, dass das (bei horizontaler Lage des Pat.) im Knie unter stumpfem Winkel gebeugte Bein im Hüftgelenk etwas abducirt, flectirt und ein wenig nach aussen rotirt wird; die linken Finger des auf derselben Seite stehenden Untersuchers üben auf die Vorderfläche der Planta pedis einen leichten Druck aus, während die rechte Hand mit dem Percussionshammer der Achillessehne einen kurzen Schlag versetzt. Man muss auf Entspannung der Muskeln achten und, wo nöthig, auch zum Jendrassik'schen Handgriff seine Zuflucht nehmen. Bisweilen ist die Mitte der Sehne, manchmal aber sind deren

Kanten am leichtesten zu erregen, doch soll man nie zu hoch beklopfen (etwa am Muskelansatz), da sonst eine Verwechslung mit der idiomusculären Erregbarkeit zustande kommen kann. Was nun das Verhalten der Achillessehnenreflexe bei T. betrifft, so sind sie in der Regel aufgehoben. Es giebt indess genug Fälle, in denen das Verhalten ein verschiedenartiges ist, sei es dass die Kniereflexe zugegen, die Achillessehnenreflexe aufgehoben oder — im Allgemeinen seltener — die letzteren vorhanden sind, während die ersteren fehlen. Es kommt auch nicht selten vor, dass die Achillessehnenreflexe nicht beiderseits gleichzeitig gestört sind; bald sind sie auf der einen Seite stärker, bald aufgehoben, bald schwach, leicht ermüdbar und nicht bei jedem Beklopfen auslösbar u. s. w. Diese letzteren Modalitäten führen zum Versiegen der Reflexe. Autor hat Tabesfälle gesehen, wo von den Sehnenreflexen an den unteren Extremitäten nur ein Achillessehnenreflex fehlte. Aus der Thatsache, dass *Störungen der Achillessehnenreflexe bei normalen Kniereflexen häufiger vorkommen als die umgekehrte Combination*, darf man mit Babinski schliessen, dass die Achillessehnenreflexe bei T. öfters und gewöhnlich vor den Kniereflexen alterirt werden. Die Störungen der ersteren bieten demnach ein sehr werthvolles diagnostisches Moment und können dazu beitragen, die T. im Frühstadium, noch vor dem Auftreten des Westphal'schen Zeichens, zu erkennen.

(Neurolog. Centralblatt 1902 No. 17.)

Tuberculose. Ueber die **Tuberculoseinfection durch den Verdauungscanal** lässt sich A. Heller (Patholog. Institut Kiel) aus. Koch hat bekanntlich als einen Beweis gegen die Identität der menschlichen und der Rindertuberculose die grosse Seltenheit einer primären Darmtuberculose beim Menschen angeführt. Heller hat demgegenüber bereits darauf hingewiesen, dass die aus gewöhnlichen Tuberculose-sectionen gewonnenen Zahlen wenig werth sind, weil bei fortgeschrittener T. die Entscheidung über die Eingangspforte fast unmöglich ist. An einem einwandfreien Material zeigte er, *wie ungewöhnlich häufig besonders im Kindesalter die Infection gerade durch den Verdauungscanal ist*. Andere Beobachter kamen zu gleichen Resultaten. So gaben Councilman, Mallory und Pearce als Nebenfunde bei 220 Fällen von Diphtherie auch die zufälligen Tuberculosebefunde mit an, die in folgender Tabelle neben denjenigen des Autors zum Vergleich gestellt werden:

	Kiel	Boston
Diphtheriefälle	714	220
darunter Tuberculosefälle	140	35
= $\frac{0}{10}$ der Diphtheriefälle	19,6	16
darunter T. durch die Verdauungsorgane	53	13
= $\frac{0}{10}$ der Diphtheriefälle	7,4	5,9
= $\frac{0}{10}$ der Tuberculosefälle	37,8	37,1

Die ungemein genaue Uebereinstimmung zwischen den Zahlen so weit auseinander gelegener Gebiete beweist wohl die Zuverlässigkeit der Beobachtung. Auch in letzter Zeit kamen wieder Fälle von primärer Infection durch den Verdauungscanal vor, z. B. folgender: 13jähr. Meiereiverwalterssohn, mit der Diagnose „Darmtuberculose“ von der Klinik zur Section kommend. Enorme tuberculöse Gürtelgeschwüre des Dünndarms, grosses tuberculöses Geschwür des Coecums, Schwellung der Mesenterialdrüsen mit grauen und käsigen Knötchen. Miliartuberkel der Leber, starke Amyloidentartung der Milz, geringe der Nieren und Nebennieren. Sonst keine T. In den Mesenterialdrüsen Tuberkelbacillen. — Die ausserordentlich grosse Ausbreitung des Zerstörungsprocesses lässt sich wohl kaum anders erklären, als dass bei diesem sonst normal entwickelten Knaben eine auffallende Zufuhr des Infectionserregers in verhältnissmässig kurzer Zeit erfolgt ist. Wie? konnte leider äusserer Umstände wegen nicht eruiert werden, doch sprach Manches dafür, dass unter den Kühen des Gutes T. nicht wenig vertreten war.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 39.)

— Ueber **Versuche über Fütterungstuberculose bei Rindern und Kälbern**, angestellt im Hygien. Institute zu Freiburg, berichtet Prof. Dr. Schottelius. Es wurden dazu verwandt 2 Kühe und 3 Kälber, und zwar 1 Kuh und 1 Kalb als Controllthiere, 1 Kuh und 2 Kälber zu den Versuchen. Alle Thiere wurden vorher genau untersucht und gesund befunden. Die Kühe stammten aus der Rasse, welche in den hochgelegenen Bauernhöfen am Feldberg gezüchtet wird: ein sehr widerstandsfähiger Schlag, bei dem erfahrungsmässig T. resp. Perlsucht nicht vorkommt, wie auch unter den Menschen dort T. nur höchst selten ist, auf den Bauernhöfen, woher die Thiere stammten, jedenfalls nicht vorhanden war. Die Kälber bekamen das Sputum einiger Schwindsuchtpatienten, wie es ausgehustet war, unter die Milch gerührt, die Kuh aufs Grünfutter ausgegossen und zwar jedes Thier immer 50 g, dies am 25. V. bis 29. VIII. im ganzen 24 Mal. Die Thiere wurden Ende September ge-

12*

schlachtet. Die beiden Controllthiere waren ganz gesund, bei allen 3 Versuchsthieren fand sich T. vor und in den erkrankten Theilen Tuberkelbacillen. Das Ergebniss ist deshalb besonders bemerkenswerth, weil bei der Versuchsanordnung jeder künstliche Eingriff vermieden wurde, die Thiere nur solchen Verhältnissen ausgesetzt waren, wie sie überall, wo ein Schwindsüchtiger mit der Wartung beschäftigt ist, auftreten können. Dass nebenbei durch diese Versuche auch die Thatsache bestätigt wird, dass die menschliche T. auf Rinder übertragbar sei, kann als ein weiterer Beitrag für die principielle Identität der menschlichen und thierischen T. dienen.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 39.)

- **Thiocol und Sirolin** empfiehlt Dr. C. Fuchs (k. k. Allgem. Krankenhaus Wien) auf Grund zahlreicher klinisch-therapeutischer Versuche, die ihn zu folgenden Schlüssen gelangen liessen: „Alles zusammengefasst, ergiebt sich, dass das Thiocol und Sirolin infolge seiner Vortheile gegenüber allen Creosotderivaten, besonders aber durch seine Ungiftigkeit, Appetit und Verdauung fördernde, Fieber, Nachtschweisse und vor allem den Localprocess günstig beeinflussenden Wirksamkeit als das *derzeit beste Guajacolpräparat bei Phthise* zu bezeichnen und zu empfehlen ist, und zwar vor allem bei beginnender Lungentuberculose, aber auch gegen die Symptome schwerster Phthisen und besonders bei Complication mit Darmtuberculose, wobei keine Contraindication (auch nicht durch Haemoptoe) besteht.“

(Wiener klin. Rundschau 1902 No. 21 u. 22.)

- Zur **Behandlung der Lungen- und Kehlkopftuberculose mit Hetol** theilt auch Prof. H. Krause (Berlin) seine Erfahrungen mit. Nachdem er längere Zeit an seinen Kehlkopfkranken die Beobachtung gemacht hatte, dass unter dieser Therapie — Autor macht nur intravenöse Injectionen von Hetol, die er allein für genügend wirksam hält — nicht nur oberflächliche und wenig ausgedehnte Schleimhautläsionen ohne alles weitere Zuthun zur Heilung gelangten, sondern dass auch die medicamentöse oder chirurgische Localbehandlung der Kehlkopftuberculose in kürzerer Zeit als bisher zu günstigen Resultaten führte, behandelte er mit Hetol besonders dazu geeignete Fälle von Lungenphthise aus der Privatpraxis (21). Bei diesen Pat., denen es zu Hause an ausreichender Pflege nicht fehlte, machte er auch sehr befriedigende Erfahrungen damit, und zwar nicht nur in initialen Fällen, sondern

auch in schwereren. Freilich erfordert diese Behandlung oft recht lange Zeit, wenn man die hauptsächlichsten Erscheinungen, das Fieber, den Husten und Auswurf, die Schweisse, die Appetitlosigkeit und den Ernährungszustand günstig beeinflussen will. Bei consequenter Anwendung des Hetols gelingt dies aber, und auch die physikalischen Krankheitszeichen zeigen deutlich die Wendung zum Besseren. Nicht selten, besonders bei beginnender Erkrankung, schwanden alle pathologischen Symptome bis auf geringe bleibende Veränderungen der Athmungsgeräusche. In anderen kam es zur Induration der befallenen Lungenparthieen, in schwereren konnte man über Parthieen, welche amphorisches Athmen und grobe feuchte Rasselgeräusche zeigten, das allmähliche Verschwinden der letzteren nachweisen; es blieben nur Höhlengeräusche zurück, aber die Athmung wurde freier und leichter. Man darf sich aber durch Anfangserfolge nicht beirren lassen und veranlasst sehen, mit der Therapie aufzuhören. Gewöhnlich treten sehr bald Zeichen von subjectiv und objectiv nachweisbarer Besserung fast aller Symptome ein, die aber später einem Stillstande Platz macht; auch letzteres darf nicht beirren, man hat vielmehr mit den Injectionen fortzufahren, bis, je nach dem Falle, früher oder später dauernde Veränderungen im günstigen Sinne sich geltend machen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 42.)

Typhus abdominalis. Lactophenin gab C. v. Schuler (Gelsenkirchen) in 450 Fällen, als eine Epidemie so vehement einsetzte, dass die Bäderbehandlung nicht durchzusetzen war. Die Resultate waren sehr befriedigend. Vor allem wirkte das Mittel prompt temperaturherabsetzend. Nach 1 g begann die Temperatur nach etwa 1 Stunde zu sinken, und zwar nach und nach ziemlich gleichmässig, bis sie nach etwa 4 Stunden im Durchschnitt die tiefste Grenze erreichte; alsdann begann, langsamer, als der Abfall, der Anstieg, und die ursprüngliche Fieberhöhe war im Allgemeinen nach 6—7 Stunden wieder erreicht. Die bewirkte Temperaturherabsetzung betrug $2-2\frac{1}{2}^{\circ}\text{C}$. In etwa 50 % der Fälle war die Entfieberung von mässig starkem Schweissverlust begleitet, der jedoch angenehm empfunden wurde. Der Puls blieb dauernd gut. Autor gab Erwachsenen 3 mal tägl. (8 Uhr früh, 3 Uhr und 8 Uhr Nachmittags) je 1 g, Kindern je $\frac{1}{2}$ g. Nur in etwa 3 % der Fälle versagte die antipyretische Wirkung. Lactophenin zeigte auch eine ungemein beruhigende Wir-

kung. Pat., bei denen sich Wandertrieb zeigte, hielten sich meist schon nach 1 maliger Dosis ruhig, schwere Delirien legten sich, und nach mehreren Dosen kehrte auch das Bewusstsein wieder. Drittens war eine günstige Beeinflussung des Magendarmtractus zu constatiren, was wohl auf den Gehalt an Milchsäure (1 g Lactophenin enthält davon 0,4) zurückzuführen ist; der Appetit kehrte sehr rasch wieder, Darmfäulnisprocesse kamen nicht zu voller Entfaltung und septische Erkrankungen complicirten sehr selten den Verlauf. Eine ungünstige Nebenwirkung trat nie ein.

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 41.)

— **Anwendung von gereinigten Schwefelblumen bei T.** empfiehlt Dr. J. Woroschilsky (Odessa). Im vorigen Jahre empfahl ein englischer Arzt aus Südafrika Richmond *Sulfur. sublim. bei Dysenterie*, in folgender Form:

Rp. Sulfur. sublim. 1,2

Pulv. Dower. 0,3

S. 4stündl. ein solches Pulver.

Dies kann auch Autor auf Grund seiner Erfahrungen bei Dysenterie empfehlen. Dadurch angeregt, versuchte er Schwefel auch bei T., und auch hier waren die Erfahrungen sehr günstige. Bei T. verwandte Autor den Sulfur. depur., von dem er Erwachsenen 2stündlich 1,25 (pro die bis 10 g), Kindern 2stündlich 0,3—0,5 (pro die bis 4 g) gab, und zwar in jedem Stadium der Krankheit. Die Pat. nahmen das Mittel sehr leicht ein und vertrugen es recht gut. Stets zeigte sich in den nächstfolgenden Tagen nach Beginn der Darreichung entschiedene Milderung, Linderung sämmtlicher Erscheinungen, und zwar allmähliches Sinken der Temperatur, auffallende Besserung des Allgemeinbefindens u. s. w. Dies scheint durch directe Beeinflussung der afficirten Darmschleimhaut durch die unmittelbare Einwirkung des Schwefels hervorgebracht zu werden. Die Pat. nahmen denselben ununterbrochen, bis sich vollkommen normale Temperatur einstellte. Oft, wo Bädertherapie unmöglich war, bewirkte er dasselbe, wie diese, event. waren bei Schwefelgebrauch viel weniger Bäder nöthig als sonst.

(Therap. Monatshefte 1902 No. 11.)

Vitia cordis. **Theocin** (Theophyllin), gleich dem Theobromin ein Dimethylxanthin, empfiehlt O. Minkowsky (Köln) als Diureticum, das in Dosen von 0,3—0,4 3—4 Mal täglich angewendet, in gewissen Fällen recht prompt wirkt. Bisher wurden 14 Pat. damit behandelt; meist

handelte es sich um V. mit Stauungserscheinungen, dann um *Nephritiden* mit allgemeinem Hydrops, 1 mal um Ascites infolge von cardialer Cirrhose. Die diuretische Wirkung machte sich in allen Fällen bemerkbar, mit Ausnahme von zweien, wo sich regelmässig nach dem Einnehmen Erbrechen einstellte. Die Intensität der Wirkung war eine sehr verschiedene; in einzelnen Fällen übertraf sie alle Erwartungen, in den übrigen wurden auch Urinmengen von 3000—5000 ccm erreicht. Auch in Fällen, in welchen bereits durch andere Behandlungsmethoden die Harnausscheidung auf einen ziemlich hohen Grad gesteigert war, wurden durch das Theocin noch weitere Steigerungen ermöglicht. Am wirksamsten erwies sich das Mittel da, wo beträchtliche Oedeme bestanden. Die Wirkung war wenig nachhaltig; mit dem Aussetzen des Mittels sank die Harnmenge wieder rasch. Auch zeigte es sich meist, dass bei wiederholter Verordnung die diuretische Wirkung allmählich immer geringer wurde. Gegenüber dem Theobromin, welchem Theocin in seiner Wirkung ähnlich ist, hat es den Vortheil der stärkeren und rascheren Wirksamkeit, für Coffein ist es nicht in jeder Beziehung als vollwerthiger Ersatz anzusehen, indem Theocin zwar stärker diuretisch wirkt, aber keine excitirende Wirkung auf das Herz entfaltet, sondern die Herzthätigkeit fast gar nicht beeinflusst. Auf den Magen scheint es oft nicht gut einzuwirken; 2 mal wurde es überhaupt nicht tolerirt, in einigen anderen Fällen bewirkte es nach einigen Tagen Uebelkeit und Appetitlosigkeit. Vielleicht gelingt es noch, ein geeignetes Doppelsalz zur subcutanen Injection darzustellen. Aber wenn auch die Form der Darreichung noch verbesserungsfähig ist, jedenfalls empfehlen sich weitere therapeutische Versuche auch jetzt schon.

(Die Therapie der Gegenwart, November 1902.)

- Ueber **Pleuraergüsse bei Herzkranken** lässt sich Dr. Jos. Esser (Medic. Klinik Bonn) aus. Im vorigen Jahre wies D. Gerhardt an der Hand von 7 Krankengeschichten auf eine Art von Pleuraergüssen bei Herzkranken hin, die, eine mehr selbständige Stellung im Gesamtkrankheitsbilde einnehmend, sich vorwiegend bei Herzmuskelerkrankungen finden, meist die rechte Brustseite betreffen und trotz häufiger Punctionen und Digitalisverabreichung sehr hartnäckig weiter bestehen bleiben. Die Aetiologie dieser eigenthümlichen Pleuraergüsse war bisher dunkel. Gerhardt meint, dass es sich schwerlich um einfache Stauungs-

transsudate als Folge von Herzschwäche handle. Dagegen spräche der Mangel oder doch die viel geringere Entwicklung anderer Flüssigkeitsansammlung im Körper, ferner der hartnäckige Verlauf und das ständige Wiederauwachsen des Ergusses auch bei guter Diurese. Das auf der Grenze zwischen dem bei entzündlicher und dem bei hydropischer Flüssigkeit stehende specifische Gewicht könne auch nicht zur Entscheidung herangezogen werden. Esser beobachtete nun 3 Fälle, die einiges Licht bringen in die Pathogenese jener Pleuraergüsse. Die Section ergab in allen 3 Fällen, dass *die Lymphdrüsen am rechten Lungenhilus beträchtlich vergrössert, äusserst hart und schwarz pigmentirt* waren, während sich am linken Lungenhilus nur wenige, lange nicht so grosse und harte Drüsen vorfanden. Besonders ausgeprägt waren die Erscheinungen bei dem einen Falle: durch über eigrosse, verhärtete und schwarz pigmentirte, auf dem Durchschnitt mit gelblich erweichten und mit verkalkten Herdchen durchsetzte Lymphdrüsen war der rechte Hauptbronchus bedeutend comprimirt; auch noch weit ins Innere der Lunge hinein umschlossen verdickte und schiefrig indurirte Lymphdrüsen die Bronchialverzweigungen; auch die rechtsseitigen Mesenterialdrüsen waren (wie in den anderen Fällen) derart verändert, während sich auch hier linkerseits nur einige kaum haselnussgrosse Drüsen entdecken liessen. In diesen 3 Fällen von Herzmuskelerkrankungen war rechtsseitiger resp. rechtsseitig stärkerer Hydrothorax vorhanden gewesen, und gerade auf der Seite des stärkeren Ergusses im Brustraum fanden sich also so hochgradige Lymphdrüsenveränderungen. Warum sich diese Pleuraergüsse am häufigsten bei Erkrankungen des Herzmuskels einstellen? Wohl darum, weil gerade Herzmuskelerkrankungen überhaupt früher und häufiger als Herzklappenerkrankungen zu den verschiedenen Arten der Lymphstauung Veranlassung geben, letztere eben nur dann, wenn wiederum der Herzmuskel insufficient wird. Eine andere Frage ist die, warum diese Ergüsse überwiegend rechts vorkommen. Der Pleuraraum ist als ein grosser lymphatischer Raum aufzufassen, in dem die zum Zweck des leichteren Auseinandergleitens der Pleurablätter unter normalen Verhältnissen in geringer Menge enthaltene Flüssigkeit einem steten Wechsel unterworfen ist. Der Flüssigkeitsstrom geht hierbei wahrscheinlich von der pulmonalen zur costalen Pleura. Nun geht nach Henle gerade rechterseits die Lymphflüssigkeit der inneren Auskleidung des Thorax in einen Lymphdrüsenstamm, den

Truncus broncho-mediastinus, in den unter anderem auch die Vasa efferentia der Bronchialdrüsen führen. Linkerseits gehen die Vasa efferentia dagegen der Regel nach direct in den Ductus thoracicus, doch kann auch links ein Truncus broncho-mediastinus ausgebildet sein. Ist nun infolge von Entzündungen etc. eine völlige Verödung und Verlegung der Drüsen und Lymphgefässe eingetreten, so führt diese allein nur äusserst selten zur Entwicklung eines Oedems, weil zahlreiche Anastomosen helfend eintreten können, ferner ein directer Uebergang der Lymphe ins Blut stattfindet. Anders aber, wo ein locales Hinderniss in den Lymphbahnen sich zu einer Schwäche der auch die Lymphe treibenden Herzkraft gesellt. Die Druckerhöhung in den Venen behindert dann den directen Uebertritt von Lymphe in die Blutbahn, bedingt vielmehr erhöhte Transsudation, und dabei ist der andere Weg durch die Lymphbahn zum grossen Theil verlegt. Genügend ist wohl durch letzteres mechanische Moment auch die Hartnäckigkeit der Ergüsse erklärt. Dass sich bei dem langen Bestehen der Ergüsse nach den Gesetzen der Endosmose ein für einfache Stauungstranssudate hohes specif. Gewicht einstellt, dürfte auch verständlich sein. Dass endlich gerade bei Herzkranken infolge der chron. Bronchitiden auch die Bronchialdrüsen in Mitleidenschaft gezogen werden, und zwar unter Bevorzugung der auch sonst, z. B. bei Tuberculose, meist rechts stärker als links befallenen, bedarf nur kurzer Erwähnung.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 44.)

Vermischtes.

- Ueber **Verbesserung der Zinkleimdecke** schreibt Dr. Rasch (Stuttgart): „Man hat bisher bei Application von Zinkleim, abgesehen von den Fällen, in denen zwecks stärkerer Compression oder zwecks Fixirung von Salben und Pflastermullen, der Einleimung eine Bindeneinwicklung folgen muss, den erkaltenden Zinkleim zum Schluss mit Watte betupft. Durch die feine Wattefaserung wurde die Leimdecke schneller trocken, erhielt neben grösserer Festigkeit und Elasticität eine, einem deckenden Schutzstoff ähnliche Oberfläche und nebenbei durch Abdämpfung ihrer Farbe ein weniger auffälliges Aussehen. Aber bei dieser Procedur musste man auch einige Uebelstände in Kauf nehmen.

War der Leim noch zu weich, dann wurde er bei der Auftupfung von der Watte leicht wieder abgewischt, war er schon zu hart, dann blieb die Watte nicht haften. Unangenehm aber vor allem war der Umstand, dass sich an Hautstellen, die wie in den Gelenkbeugen, immer denselben Zug- und Druckwirkungen ausgesetzt sind, die Wattefasern aneinander schoben und den Leim zusammenballend zur frühzeitigen Lösung der Leimdecke führten. An Stelle der Betupfung mit Watte kann man nun viel besser den Leimverband durch Aufstreuen und Verstreichen von irgend einem Puder vervollständigen. Man schütte auf die eingeleimte Fläche die für deren Beschickung ungefähr nöthige Pudermenge in verschiedenen Häufchen und vertheile von diesen aus durch leises Darüberhinstreichen mit der Fingerbeere den Puder so über die Oberfläche des Leimes, dass dieser von ihm in dünner Schicht bedeckt wird. In Acht nehme man sich dabei nur davor, dass der blosser Finger, ohne genügend starken Puderüberzug, mit dem Leim in Berührung kommt, da der durch den Puder verhinderte Contact beider die Leimdecke zerstören könnte. Die gewonnene Decke zeichnet sich infolge der gleichmässigen Vertheilung der feinen Puderstäubchen durch Glätte und Elasticität aus, die auch in den Gelenkbeugen erhalten bleibt. Die Decke hat, mit der Haut in leichten Falten abhebbar, fast das geschmeidige Gefüge dieser, fühlt sich angenehm an und zeigt nicht weniger, als dies beim Auftragen der Watte der Fall sein würde, selbst bei Gebrauch von weissem Puder, eine Abdämpfung des Lichtreflexes. Schon insoweit ist die Puder-Leimdecke der mit Watte betupften mindestens gleichwerthig, wenn nicht schon überlegen. Die Bepuderung des Leimes bietet aber noch einige nicht zu unterschätzende Vortheile:

1. wird durch sie die Aufsaugfähigkeit des Leimes für Wasser und Fett, die ja neben dem Schutz gegen aussen die Hauptindication des Leimanstriches erfüllt, erhöht;

2. ist bei der Wahl des Zeitpunktes für die Auftragung des Puders keine besondere Vorsicht nothwendig, ja der Puder kann sogar unmittelbar nach dem Leim aufgestrichen werden, ohne dass, wenigstens bei einigermaassen beobachteter Schonung der Leimdecke, die Erhaltung dieser riskirt wird;

3. kann aber endlich auch an unbedeckt getragenen Hautstellen, wie Gesicht, Ohren, Händen, die Leimdecke durch Zusatz von Bol. rubr. zum Puder oder durch Gebrauch des Pulv. cuticular kosmetisch der angrenzenden

Haut so ähnlich gemacht werden, dass man auch in der Ambulanz vor Behandlung solcher Stellen mit Leim nicht mehr zurückzuschrecken braucht.“

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1902 Bd. 35 No. 10.)

- Dazu bemerkt Dr. Sack (Heidelberg), dass er diese Modification früher auch eine Zeit lang durchgeführt, aber dann wieder fallen gelassen habe, weil sich gewisse Nachtheile herausstellten, namentlich wenn es darauf ankam, *grössere* Hautflächen für *längere* Dauer unter Leimabschluss zu bringen. Denn recht bald trocknete die Leimdecke aus, verlor ihre Elasticität nach und nach vollständig, sprang nach allen Richtungen, die zwischen den Rissen eingeschlossenen Inseln der Decke warfen sich wie Schuppen auf, schnitten in die Haut ein und machten Schmerzen. Das Puderverfahren kann höchstens für kleinere Flächen und kurze Zeitdauer angewandt werden.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1902 Bd. 35 No. 12.)

- Das **Thigenol** der Firma Hoffmann-La Roche in Basel wandte Dr. Fr. Merkel hauptsächlich in der Gynaekologie an und schreibt: „Während das Ichthyol ein schwefelhaltiges Product ist, welches durch Destillation bituminöser Tiroler Gesteine gewonnen wird, ist das Thigenol eine concentrirte Lösung der Natriumverbindung der Sulfosäure, eines synthetisch dargestellten Sulfoöles, in welchem 10⁰/₀ Schwefel organisch gebunden sind. Das Thigenol ist eine braune, dick sirupöse, geruch- und fast geschmacklose, in Wasser, verdünntem Alkohol und Glycerin völlig lösliche Flüssigkeit. Von der Fabrik wurde es empfohlen für gynaekologische Affectionen, wie *Cervicalkatarrh*, *Endometritis*, *Para-* und *Perimetritis*, *entzündliche Adnexerkrankung* (Beckenexsudate). Seit mehr als $\frac{1}{4}$ Jahr habe ich nun das Thigenol für alle in meine Behandlung gekommenen, hier angegebenen Krankheiten in Form von Tampons, die mit 10—15⁰/₀ Thigenolglycerin getränkt waren, ausschliesslich in Anwendung gebracht. Da diese Flüssigkeit nicht in dem starken Maasse wie Ichthyolglycerin austrocknend auf die Scheidenschleimhaut wirkt, konnte ich stets jeden 2. Tag einen neuen Tampon einlegen. Des Weiteren verwandte ich Thigenolglycerin zu Tampons bei frischen *Vaginalblennorrhoeen* neben täglichen desinficirenden Ausspülungen. Das reine Thigenol endlich habe in Gebrauch genommen bei *Fissura ani* und entzündlichen *Haemorrhoiden*. Bei ersterer bewirkte das aufgepinselte Thigenol eine sofortige

Abnahme des schmerzhaften Juckens und Stuhldranges (zweimal trat Heilung ein), bei letzteren eine Abnahme des Juckens und der Schmerzen. In je einem Falle von *Pruritus vulvae* und *Pruritus ani* hatte ich gleichfalls zufriedenstellenden Erfolg. Ziehen wir nach dieser mehr als $\frac{1}{4}$ jährlichen praktischen Erprobung einen Vergleich mit den Ichthyolpräparaten, so besitzt das Thigenol folgende Vorzüge: 1. Es ist geruchlos. 2. Es lässt sich leicht mit Wasser abwaschen. 3. Mit Thigenol beschmutzte Wäsche lässt sich leicht reinigen. 4. Thigenol wirkt juckreiz- und schmerzlindernd. 5. Thigenol ist billiger als die Ichthyolpräparate. (Münchner med. Wochenschrift 1902 No. 48.)

- Einen **Apparat zur Application localer Kälte im weiblichen Genitaltracte** *) construierte Dr. Stroynowski (Lemberg). Auf zwei biegsamen je 20 cm langen und in der Lichte 4 mm zählenden Bleiröhren sitzt ein hohler, abgeplatteter Metallknauf, der 3 cm im Querdurchmesser hat und beiderseits abgeplattet ist. In diesen Metallknauf münden die beiden biegsamen Bleiröhren. Eine von denselben ist die Zuflussröhre für Eiswasser, die Zweite dient als Abflussrohr. Um die beiden eng aneinander liegenden Röhren ist ein Gummischlauch von 12 cm Länge angebracht, um die Scheide vor Kälte zu schützen. Zwei Oesen zur Fixation des Apparates ermöglichen die Befestigung am Körper. Den ganzen Apparat hüllt Autor vor Anwendung in sterile Gaze, verbindet das Einlaufrohr mittelst Gummischlauches mit dem höher gestellten Eiswasserreservoir. Das Ablaufrohr, ebenfalls mit Gummischlauch versehen, wird in ein Gefäß unterhalb des Bettes geleitet. Die Application ist sehr einfach, der Metallknauf wird beliebig an die Gebärmutter oder das Scheidengewölbe angelegt und der Apparat in Thätigkeit gesetzt. Binnen einigen Secunden ist der Knauf eiskalt und kann sehr energisch einwirken. Es ist z. B. nicht ausgeschlossen, dass bei beginnender Tubenschwangerschaft ein Tubarabort leicht herbeizuführen wäre; die Consequenz wäre ein local verlaufender Process, der die Patientin den Gefahren der Operation entrinnen liesse. Ebenso ist die Annahme berechtigt, dass bei Entzündungen ein wesentlicher Einfluss zu erwarten ist. Der Apparat ist sehr handlich und leicht zu appliciren, dem Knaufe könnte auch eine andere Gestalt gegeben werden.

(Centralblatt für Gynaekologie 1904 No. 50.)

*) Firma Georgeon & Co. in Lemberg.

- **Thomas-Pessar.** Dr. Hildebrandt (Lüneburg) schreibt: „Um den Vorthail des verdickten Bügels des Thomas-Pessar mit der Biagsamkeit der Celluloidpessare zu vereinigen, habe ich mir ein gewöhnliches ringförmiges Celluloidpessar in der Weise herrichten lassen, dass ich ein Viertel des Kreisbogens mit Celluloidmasse verdicken liess. Legt man dies Pessar in kochendes Wasser, so kann man ihm jede beliebige Form nach dem Erweichen geben. Dies ist ein grosser Vorthail gegenüber den starren aus Hartgummi gefertigten Thomas-Pessaren, die sich sicher einer grösseren Beliebtheit erfreuen würden, wenn das einzelne Exemplar eine grössere Variabilität der Gestalt erlaubte. — Die Pessare sind beim Bandagisten Fuchs in Lüneburg zu haben.“
(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 43.)
- Sicher und prompt gegen **nervöses Erbrechen** wirkt nach Dr. Treitner (Innsbruck) *Tinct. cascarillae* in kleinen Dosen (1—2 Tropfen auf 1 Esslöffel Wasser mehrmals täglich). In zahlreichen Fällen sah Autor hiervon Effect, vielfach einen geradezu auffallend raschen.
(Klinisch-therap. Wochenschrift 1902 No. 50.)

Bücherschau.

- Das von Dr. E. Graetzer in Sprottau herausgegebene „**Centralblatt für Kinderheilkunde**“ (Verlag von Joh. Ambr. Barth in Leipzig) erscheint vom 1. Januar 1903 ab in bedeutend erweitertem Umfange. Da für jedes Specialfach, für jede fremdsprachige Litteratur Referenten von Ruf gewonnen sind, welche über die neuesten Publicationen der gesammten Weltlitteratur berichten werden, so wird dieses Journal fortan in der That ein internationales Centralblatt der Paediatric sein, das auch dem praktischen Arzte, der in der Kinderheilkunde auf dem Laufenden bleiben will und muss, erspriessliche Dienste leisten wird. Das überdies sehr billige Blatt bietet den Lesern der „Excerpta“ eine ausgezeichnete Ergänzung für Studium und Praxis.
- Von **Medicinalkalendern** ging uns noch zu der von Dr. R. Wehmer herausgegebene (Verlag von A. Hirschwald, Berlin), der seit 53 Jahren alljährlich der Aerztewelt zugeht und grosse Beliebtheit erlangt hat. Auch diesmal ist der Herausgeber bestrebt gewesen, Verbesserungen an-

zubringen und alle Capitel zeitgemäss umzuarbeiten. Der 2. Band, wieder in Calico gebunden, enthält neben den sehr zweckmässig geordneten Personalien aus dem ganzen Reiche, die wie immer amtlich im Ministerium bearbeitet sind, die wichtigsten neuen medicinalgesetzlichen Bestimmungen in den verschiedenen deutschen Staaten. Das Kalendarium, aus 2 Halbjahrshälften bestehend, bietet reichlich Raum für Notizen. So wird auch der 54. Jahrgang dieses Medicinalkalenders sicherlich viel und gern von den Collegen benützt werden.

- **Merck's Index**, der vor 5 Jahren in 10 000 Exemplaren erschien, liegt jetzt in 2. Auflage vor, ein Zeichen, dass das vorzüglich ausgestattete Buch, welches alle gebräuchlichen Präparate alphabetisch geordnet aufzählt, ihre Zusammensetzung, Darstellung, chemische und physikalische Eigenschaften, Dosirung, Anwendungsweise u. s. w. kurz und präcis angiebt, als ein recht brauchbares Nachschlagebuch anerkannt worden ist. Wir wünschen auch der 2. Auflage eine so allgemeine Verbreitung.
- Von 3 im Verlage von Urban & Schwarzenberg erscheinenden Lieferungswerken sind Fortsetzungen erschienen. Zunächst die II. Abtheilung der **Encyklopädie der Mikroskopischen Technik**, auf die wir anlässlich der Publication der I. Abtheilung warm empfehlend hingewiesen haben. Auch dieser Band, der die Stichworte „Formaldehyd“ bis „Metachromasie“ enthält, zeigt wieder, dass hier ein Werk geschaffen ist, welches den interessirten Kreisen sehr wesentliche Dienste leisten wird und als Nachschlagebuch ersten Ranges anzusehen ist. — Ferner liegt vor: **Beiträge zur Psychiatrischen Klinik**, herausgegeben von Prof. R. Sommer, Bd. I, Heft 3. Dasselbe enthält Bücherbesprechungen und eine interessante Abhandlung des Herausgebers: „Zur Messung der motorischen Begleiterscheinungen psychischer Zustände“. — Endlich wären zu erwähnen die Hefte 17 und 18 von Monti's **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen**, eines Werkes, dessen neue Nummern immer wieder freudig von den Aerzten begrüsst werden. Heft 17 befasst sich mit den Erkrankungen der Respirationsorgane, der Thyreoidea und Thymus, Heft 18 mit den Erkrankungen der Circulationsorgane und der Basedow'schen Krankheit. Es sind wieder vorzügliche Monographien, deren Inhalt der praktische Arzt mit grossem Interesse verfolgen und sich zu eigen machen wird.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am
Anfang eines jeden Monats.

N^o 5.

Preis des Jahrgangs 4 M^k.
excl. Porto.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Salmann, Leipzig.

Februar

XII. Jahrgang

1903.

Die früher erschienenen elf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Agrypnie. **Hedonal** hat Prof. Dr. Fritsch (Wien) bei einfacher A. der Neurastheniker und bei leichteren Formen der Verstimmung mit Erfolg angewandt. Durchschnittlich 1,5 g brachten binnen $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Stunde etwa 6stündigen Schlaf, ohne dass sich im Allgemeinen üble Neben- oder Nachwirkungen einstellten.

(Wiener med. Presse 1902 No. 24.)

— **Paraldehyd und Scopolamin als Schlaf- und Beruhigungsmittel** empfiehlt warm Dr. Bumke (Psychiatr. Klinik Freiburg i. B.). *Paraldehyd* entspricht als Hypnoticum gerade durchaus den Bedürfnissen der allgemeinen Praxis, richtig ordinirt, versagt es nie und bringt auch bei lange fortgesetztem Gebrauch nie Gefahren oder auch nur unangenehme Neben- oder Nachwirkungen mit sich. Giebt man das Mittel in (mit Zucker oder Kandiszucker) reichlich versüßtem Thee

(1 g in 1 Esslöffel Thee), so stösst man mit dieser Medication nirgends auf Widerstand. Ein sicherer Erfolg wird durch Dosen von nicht weniger als 3 g erzielt, die je nach dem Grade der A. auf 4—6 g zu steigern sind. Die gesetzliche Tagesdosis von 10 g zu überschreiten, wird selten nöthig sein, doch wurden gelegentlich pro die 20—24 g gegeben, ohne dass, auch bei heruntergekommenen Pat., Nebenwirkungen gesehen wurden. Eintritt des Schlafes erfolgt 3—15 Minuten nach Einnahme des Mittels. Die subjectiven Empfindungen vor dem Einschlafen entsprechen durchaus dem Zustande normaler Müdigkeit; ein Aufregungsstadium geht nie voraus. Dauer des Schlafes gewöhnlich 5—8 Stunden. Beim Aufwachen fühlen sich die Pat. frisch und gekräftigt. Die Beeinflussung des Organismus ist eine so geringe, dass selbst schwere Erkrankungen des Herzens, der Gefässe, der Respirationsorgane, des Magendarmcanals, der Nieren und Blase eine Contraindication nicht bilden. Eine Gewöhnung an das Mittel tritt nicht ein. Das grosse klinische Material, das zur Beurtheilung diente, ist nicht nur an Geisteskranken gewonnen. Bei Herz- und Lungenkrankungen, Pleuritis, Ascites, Nephritis, Neuralgieen. Gicht, Tetanus, Chorea etc. wurde das Mittel verschiedentlich mit Erfolg angewandt. Die relativ schlechtesten Erfolge wurden gegenüber der durch lebhafteste körperliche Schmerzen bedingten A. erzielt, doch sollte man immerhin auch in solchen Fällen niemals, ohne einen Versuch mit dem Paraldehyd gemacht zu haben, zu weniger harmlosen Mitteln greifen. Jede andere Form der A., mit alleiniger Ausnahme ganz schwerer Aufregungszustände im Verlaufe einiger Psychosen lässt sich mit Paraldehyd beseitigen. So wäre es namentlich zu wünschen, dass die nervöse A., an der so viele geistig Arbeitende und andere neurasthenischen Pat. leiden, dass ferner die A. des Seniums häufiger als bisher mit diesem völlig indifferenten Hypnoticum bekämpft würden. Dasselbe versagt nur ausserordentlich selten, fast nur bei heftigen Erregungszuständen Geisteskranker. Hier aber haben wir ebenfalls ein vorzügliches, sicheres und ungefährliches Beruhigungsmittel, das *Scopolamin* (Hyoscin). Autor benutzte stets eine 2 prom. Lösung des bromwasserstoffsäuren Salzes (die frisch nicht getrübt sein muss) zu subcutanen Injectionen in Dosen von $\frac{1}{2}$ —1—1 $\frac{1}{2}$ mg. Die Wirkung dieser Dosen, die in einer Herabsetzung der Erregbarkeit der Hirnrinde besteht, tritt meist schon 3—5 Minuten nach der (schmerzlosen!) Injection ein. Die vorher laut tobenden Pat. werden ruhiger und schlafen meist sehr rasch ein.

Bleibt mal dieser Effect aus, so werden die Pat. wenigstens matt. Die so erzielte Beruhigung resp. Hypnose hält 6—10 Stunden an, nur selten beginnen die Pat. schon nach kurzer Zeit wieder unruhig zu werden, sodass man eine 2. Dosis ($\frac{1}{2}$ —1 mg) geben muss. Die Nebenwirkungen des Hyoscins bestehen in einer oft tagelang anhaltenden Mydriasis, sowie in einer Herabsetzung der Speichel- und Schweisssecretion, Erscheinungen, die fast niemals störend sind und jedenfalls gegenüber den grossen Vorzügen nicht in Betracht kommen. Auch bei sehr aufgeregten, fiebernden Pat., die durch ihre motorische Unruhe schwer gefährdet sind (Typhus), ist Scopolamin indicirt. Vergiftungen mit letzterem sind bisher enorm selten, Todesfälle gar nicht beobachtet worden. So ergänzen sich Paraldehyd und Scopolamin in ihrer Wirkungsweise so gut, dass der Arzt, der beide richtig zu handhaben versteht, jeder Form von A. gegenüber gewappnet ist.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 47.)

Anaemie, Chlorose. Pillul. Sanguinalis Krewel hat Dr.

E. Kraus (Wien) vielfach bei chlorotischen Mädchen, anaemischen Kindern, sowie solchen, welche nach Infektionskrankheiten (Diphtherie, Scharlach, Gelenkrheumatismus etc.) Schwäche und Anaemie zurückbehielten, endlich bei scrophulösen Kindern angewandt und war mit den Erfolgen sehr zufrieden. Das Körpergewicht nahm zu, ebenso die Zahl der rothen Blutkörperchen und der Haemoglobingehalt des Blutes, das Befinden besserte sich rasch, ebenso Appetit und anaemische Beschwerden, die Pat. wurden wieder munter und bekamen ein gesundes Aussehen. Unangenehme Nebenerscheinungen machten die Pillen nie.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1902 No. 72.)

- Auch Dr. S. Wischnowitz (Wien) wandte die **Pill. Sanguinalis Krewel** in seiner Praxis an, und zwar mit recht zufriedenstellendem Erfolg. Er liess 3mal täglich je 3, in schweren Fällen je 4 Pillen, gewöhnlich $\frac{1}{2}$ Stunde vor dem Essen nehmen. 1 Glas (100 Stück) reicht also für 1 $\frac{1}{2}$ Wochen; mehr als 600 Stück waren nie nöthig bis zum Eintritt vollständiger Genesung. Ueble Nebenerscheinungen sah Autor nie, auch keine Verdauungsstörungen; ja Sanguinal regte sogar den Appetit an. Von 86 Pat., die Sanguinal bekamen und zum grossen Theil lange Zeit, manchmal durch Jahre, beobachtet wurden, bekamen nur 7 Recidive. Meist waren es weibliche Personen mit Chlorose, Neurasthenie, secundärer Anaemie nach schweren Blutver-

lusten, operativen Eingriffen, chronischen Katarrhen u. dgl., die Sanguinal in der angegebenen Weise erhielten und durch diese Ordination geheilt oder wesentlich gebessert wurden.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1902 No. 100.)

Anaesthesia, Narkose. Anaesthesin hat auch Dr. Otto

Hartmann (Cassel) als schätzenswerthes Localanaestheticum kennen gelernt. Nach Operation von *Haemorrhoiden*, bei *tuberculösen Mundgeschwüren*, bei *Stomatitis ulcerosa*, bei *Verbrennungen* wirkte das Mittel auf Stunden gut schmerzlindernd.

(Die Therapie der Gegenwart 1902 No. 10.)

— Eine vorläufige Mittheilung über die Schneiderlin'schen **Scopolamin-Morphium-Injectionen in der Geburtshilfe** macht Doc. Dr. v. Steinbüchel (Graz). Für die geburts-hilfliche Praxis braucht man ein Anaestheticum, welches

- 1) den Schmerz herabsetzt, ohne aber
- 2) die Wehenthätigkeit ungünstig zu beeinflussen.
- 3) Wird es im weiteren Verlauf der Geburt nothwendig, eine Inhalationsnarkose einzuleiten, so darf dieselbe durch jenes Mittel ebenfalls nicht etwa ungünstiger oder gefährlicher gestaltet werden.
- 4) Muss es ungefährlich sein, sonst wäre es unverantwortlich, dasselbe auch bei sonst normalen Geburten, nur zur Linderung der physiologischen Geburtsschmerzen anzuwenden.
- 5) Darf auch keine Schädigung des Kindes eintreten, und endlich
- 6) soll das Mittel, wenn möglich, nach Ausstossung des Eies nicht Atonie des Uterus, wie sie nach Chloroform beobachtet wurde, begünstigen.

Ist die Anwendung des Sedativums überdies noch eine für jeden Arzt leicht ausführbare und individuell dosirbare, so ist jenes als durchaus geeignetes zu bezeichnen. Diesen Forderungen entspricht nun die genannte Methode, die Autor in einer Reihe von Fällen versucht hat. Er injicirte als einmalige Dosis 1 Pravazspritze voll einer Lösung von Scopolamin. hydrobromic. (Merck) 0,0003 und Morph. mur. 0,01 subcutan und wiederholte event. nach 2 Stunden diese Injection. Nie hatte er dabei üble Zufälle zu beklagen, wohl aber hatte er oft die Freude, einer schwer leidenden Parturiens Hilfe zu bringen, ohne durch falsch angewandtes Mitleid zu einem vorzeitigen operativen Beenden der Geburt gedrängt zu werden, bevor die nothwendigen Bedingungen zu demselben erfüllt waren. Dies allein schon,

die Möglichkeit, einer vom Schmerze gequälten, um Erlösung flehenden Kreissenden eine bedeutende, nach Bedarf zu steigernde Erleichterung, ja sogar relative Euphorie verschaffen zu können und dadurch den physiologischen Vorgang einer normalen Entbindung ohne operative Kunsthülfe möglichst oft zu erreichen, ist Grund genug, jene Methode warm zu empfehlen. Selbstverständlich nutzte Autor dieselbe in geeigneten Fällen noch dazu aus, um operative Eingriffe auszuführen, wenn es eben möglich war, den Zeitpunkt des Eingriffes zu wählen. Die Wirkung der Injection tritt nach $\frac{1}{2}$ Stunde ein und erreicht nach 1— $1\frac{1}{2}$ Stunden ihren Höhepunkt. Kann ein Eingriff, wie z. B. Dammschnitt, Dilatation der Cervix, Abortusausräumung, aber in einzelnen Fällen auch andere grössere geburtshülflche Operationen bis zu dem gewünschten Zeitpunkte verschoben werden, so wird es häufig gelingen, bei entsprechender Wahl des Zeitpunktes für die Injection unter geringen, zuweilen sogar ohne Schmerzen den Eingriff vorzunehmen. Reagirt die Pat. aber noch zu stark, so kann unbeschadet der vorhergegangenen Injection ruhig Chloroform oder Aethernarkose eingeleitet werden. Es ist erstaunlich, mit Zuhilfenahme welcher geringer Mengen dieser beiden Anaesthetica nunmehr die Narkose zur nöthigen Tiefe gebracht werden kann.

(Centralbl. f. Gynaekologie 1902 No. 48.)

- **Natr. bicarb. als schmerzlinderndes Mittel** lernte neuerdings Lauder Brunton kennen. Er litt an *Furunkeln* infolge einer inficirten Wunde der Hand und beobachtete, dass die Furunkel 3—4 Stunden nach den Mahlzeiten (d. h. zu der Zeit, da die Alkalescenz des Blutes wegen der Absorption der bei der Verdauung secernirten Salzsäure erheblich abnimmt) ganz besonders schmerzhaft wurden. Autor begann dann Natr. bicarb. zu nehmen und empfand Erleichterung. Dieselbe wurde noch deutlicher bei directer Application einer Lösung auf die Furunkel selbst, da dann die Schmerzen nach wenigen Minuten aufhörten. — Gegen *Zahnschmerzen* hat übrigens schon früher Dice Duckworth empfohlen, mit einer Lösung von Natr. bicarb. den Mund zu spülen oder ein damit imbibirtes Wattebäuschchen in die cariöse Zahnhöhle einzuführen.

(Sém. méd. 1902 No. 43. — Therap. Monatshefte 1902 No. 12.)

Augenentzündungen. Die **Aufhellung alter und frischer Hornhauttrübungen (ex conj. lymph.) durch Dionin** betitelt sich ein Aufsatz von Dr. F. R. v. Arlt (Graz).

Derselbe besitzt von mehr als 20 Fällen von nach Conj. lymph. zurückgebliebenen Mac. corn., welche er im Laufe von $2\frac{1}{2}$ Jahren mit Dionin behandelte, nur 5 usque ad finem geführte Krankengeschichten; die weitaus grössere Mehrzahl der Pat. entzog sich nach mehr oder weniger langer Behandlung, auch wenn schon sichtbare Besserung erzielt war, der weiteren, vielleicht theils infolge Schmerzhaftigkeit des Verfahrens, theils wegen der anfangs kaum merklichen Besserung. Autor giebt Dionin so, wie es von Merck in Fläschchen à 1 g geliefert wird, mittelst eines kleinen Löffels, dessen Höhlung ca. 0,005 Dionin fasst. Anfangs begnügte er sich, es einfach auf die Conj. palp. inf. zu legen, später fand er, dass leichtes Massiren die Wirkung erhöhe. Die meisten Menschen gewöhnen sich aber sehr rasch an Dionin, dessen Wirkung immer geringer wird; seit 2 Jahren wendet Autor eine stets gleichbleibende Dosis (0,005), aber nur 1 mal, selten 2 mal in der Woche an, und seitdem er so verfährt, sah er nur selten ein Nachlassen der Wirkung. Der Schmerz nach dem Einlegen dauert 2—5 Minuten; die Lymphüberschwemmung, welche oft schon nach 1 Minute sichtbar ist, erreicht nach 15—20 Minuten ihren Höhepunkt und dauert, allmählich abnehmend, 4—8, selbst 12 Stunden und darüber an. Heftiges, wiederholtes Niesen beobachtete Autor in ca. 10% aller Fälle, öfter bei Erwachsenen, nachtheilige Folgen davon jedoch niemals. Bei allen Fällen, welche die ersten Male Dionin erhielten, wartete er den Eintritt der Maximalwirkung ab; auch im späteren Verlaufe ab und zu, um zu sehen, ob selbe auf gleicher Höhe bleibe. Waren die ersten Minuten überstanden, so verhielten sich auch kleine Kinder ruhig und zeigten durch ihr Verhalten, dass sie sich trotz der starken Schwellung ganz wohl fühlten. Autor liess die Augen nie verbinden, sondern verordnete nur, dass die Kinder nicht mit Sand etc. spielten, nicht die Augen mit Händen oder Kleidern berührten. In Fällen, wo er das Einlegen den Pat. selbst oder Wärtern überlassen musste, gab er 10%ige Dioninsalbe (Lanolin). diese Abends erbsengross einzulegen und zu massiren. Es wurde ihm wiederholt berichtet, dass diese Manipulation, zart vorgenommen, fest eingeschlafene Kinder nicht störte. Es sind ihm bisher unter 60 Fällen, in welchen er Dionin anwandte, nur 5 Fälle vorgekommen, in welchen es wohl Schmerzgefühl und Injection der Conj. bulbi, aber keine Lymphüberschwemmung, auch bei gesteigerter Dosis und wiederholter Anwendung hervorrief; meist war das Ausbleiben der

Wirkung wohl einer (narbigen?) Veränderung der Conj. zu danken, bedingt durch lange fortgesetzten Gebrauch von Adstringentien. Die 5 bis zu Ende behandelten Fälle betrafen Kinder von 5½, 4, 10, 15 Jahren und einen 27jähr. Herrn. In allen Fällen bewährte sich Dionin vorzüglich, die Flecke schwanden, die Sehschärfe stieg aufs doppelte und mehrfache, wozu freilich stets längere Behandlung (16, 18, 15, 21 etc. Monate) nöthig war.

(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges 1902 No. 11.)

— Zur Receptur des **Adrenalin zu ophthalmologischen Zwecken** giebt Darier folgende Vorschriften:

1. *Cocadrenalin*, um Anaemie und Anaesthesie zu erzeugen, bei *Fremdkörperextraction*, Kauterisation und anderen Eingriffen:

Rp. Adrenalin. hydrochloric. (1,0 : 1000,0) 0,5
Cocain. hydrochloric. 0,1
Aq. dest. 10,0

2. Als *starke* Lösung zur Erzeugung von Anaemie:

Rp. Adrenalin. hydrochloric. (1,0 : 1000,0) 1,0—2,5
Hydrarg. cyanat. (1,0 : 2000,0) 10,0

Diese Lösung, 6—8 mal täglich eingeträufelt, wirkt gut bei *Episkleritis* und geradezu als Specificum bei *Frühjahrskatarrh.*

3. Als Adstringens: bei *chron. Conjunctivitis*:

Rp. Adrenalin. hydrochloric. (1,0 : 1000,0) 1,0
Cocain. hydrochloric. 0,2
Zinc. sulfur. 0,2
Aq. dest. 10,0

4. Gegen *Glaukom*, wenn Operation nicht angezeigt ist:

Rp. Adrenalin. hydrochloric. (1,0 : 1000,0) 1,0
Pilocarpin. hydrochloric. 0,1
Eserin. salicyl. 0,02
Aq. dest. 10,0

S. 2—8 mal täglich einzuträufeln.

(Ophthalmol. Klinik 1902 No. 17.)

Blutungen. Zur **Gelatinebehandlung bei Melaena neonatorum**

beschreibt Dr. E. Oswald (Frauenspital Basel-Stadt) 5 Fälle, von denen nur einer (frühreifes Kind von 1750 g, das auch ohne Melaena hätte zu Grunde gehen können) letal verlief, die anderen 4 gerettet wurden. Von diesen 4 wurden aber nur 2 mit Gelatine behandelt; die anderen 2 im wesentlichen expectativ behandelten heilten aber eben so glatt ab. Das beweist wieder, wie vorsichtig man in der Kritik therapeutischer Maassnahmen sein muss. Aller-

dings hatte man bei dem einen Falle den „Eindruck“, dass Gelatine lebensrettend wirkte, und sollte man in schweren Fällen gewiss stets diese Behandlung einschlagen, von der freilich erst weitere Beobachtungen lehren müssen, ob sie wirklich von Nutzen ist.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 47.)

- Ueber **subcutane Gelatineinjectionen im Kindesalter** berichtet Dr. Zuppinger (Wien). 8jähr. Knabe mit Skorbut und schweren B. aus Mund und Nase. Trotz aller Therapie enorme Blutverluste. Injection von 40 ccm einer 2%igen selbstbereiteten Gelatinelösung. Nach kurzer Zeit kein Tropfen Blut mehr. Patient erholte sich vollständig. — 10jähr. Mädchen mit gleichem Krankheitsbilde; Versagen jeglicher Therapie. Injection von 20 ccm einer 1%igen Gelatinelösung. Promptes Sistiren der B., die sich allerdings nach einigen Stunden in schwächerem Grade wieder zeigten (zu schwache Gelatinelösung!), um dann vollständig auszubleiben. — 10jähr. Mädchen mit schwerer Purpura haemorrhagica. Heftige Blutungen aus einer Zahnextractions-wunde, die trotz wiederholter sorgfältigster Tamponade mit den besten Stypticis nicht sistirt. Nach Injection von 10 ccm einer 5%igen Gelatinelösung prompter Effect. — In verschiedenen leichteren Fällen wurde die Gelatine in 5—10%igen Lösungen intern mit bestem Erfolge angewandt.

(Wiener klin. Wochenschrift 1902 No. 52.)

- Ueber **Späterkrankungen des Gehirns nach Schädeltraumen** sprach Stadelmann. Leicht verständlich sind die im unmittelbaren Anschluss an ein Trauma auftretenden Gehirnverletzungen, schon auffallender die von Bergmann erhobenen Befunde, dass B. erst einige Zeit nach dem Trauma eintreten; zur Erklärung einer solchen, erst Stunden oder Tage nach dem Trauma einsetzenden Apoplexie nimmt man an, dass durch das Trauma eine Schädigung der Gefäßwand bewirkt wurde, welche dann durch eine unerhebliche Blutdrucksteigerung (Husten u. dgl.) zur Zerreissung gebracht wird. Bei der *eigentlichen traumatischen Spätapoplexie*, auf welche Bollinger die Aufmerksamkeit gelenkt, kommt es nach der Einwirkung stumpfer Gewalt zur Gehirnerschütterung und punktförmigen Blutung, welche dann zu Erweichung und Arrosion eines Gefäßes und secundärer Blutung führt. Hier handelt es sich um B., welche erst wochenlang nach dem Trauma erfolgen. Vielfach fehlt es aber an der nöthigen Kritik in der Auffassung von der-

artigen vermeintlichen Unfallfolgen. Um ein Trauma in Verbindung mit einer Gehirnläsion zu bringen, muss der Pat. vorher gesund gewesen sein, darf nicht an Gefässerkrankungen, Lues, Nephritis oder Potus leiden und nicht in hohem Alter stehen; das Trauma muss ein erhebliches gewesen sein; die Erscheinungen der Gehirnerkrankung müssen sich unter unseren Augen entwickeln. Autor führt 3 Beispiele seiner Beobachtung an. 1. *Fall*: Jüngerer Mann, wurde durch einen Stein auf den Kopf getroffen; 5 Minuten währende Bewusstlosigkeit. Er ging dann nach Hause, beachtete den Unfall kaum und wurde mehrere Wochen zu Hause behandelt; dann änderte sich plötzlich das Bild. Der vorher intelligente Mann wurde auffallend niedergeschlagen und stumpf; er machte 2 Selbstmordversuche, Angriffe gegen seine Frau, dazwischen Tobsuchtsanfälle. 6 mal war er erfolglos in den verschiedensten Anstalten; nach $2\frac{1}{2}$ Jahren Tod durch Selbstmord. 2. *Fall*: 4 Wochen vorher Schlag auf den Kopf mit einem Prügel; momentane Bewusstlosigkeit; bald erholt und ganz vergnügt. Aber bald Kopfschmerzen, allerdings die Arbeit gestattend. Plötzlich nach 4 Wochen in der Nacht Kopfweh und Bewusstlosigkeit. Aufnahme ins Krankenhaus, wo er noch schwerbesinnlich ist und auf die meisten Fragen antwortet: „Darauf kann ich mich nicht besinnen.“ Potus und Lues geleugnet. Keine wesentlichen Anomalien, nur rechts über der motorischen Zone eine bewegliche Narbe. Nunmehr Auftreten schwerer Jackson'scher Epilepsie; erst Krampf im linken Arm, dann im rechten, dann allgemein. Operation ergab nichts: nach 3 Tagen Tod an Pneumonie. Section: Erweichung und Blutung an der Stelle des Contre-coups; diese Blutung sicherlich älter als 3 Tage, also nicht etwa Folge der Operation. 3. *Fall*: Früher gesunder Mann, 7 Wochen vor Aufnahme bewusstlos vom Bau gestürzt, auf den rechten Hinterkopf. Kopfschmerzen; nach mehreren Wochen plötzlich Schüttelfrost, hohes Fieber, Erbrechen, Bewusstlosigkeit, Nackenstarre, Lumbalflüssigkeit eitrig mit Staphylo- und Pneumokokken. Tod nach wenigen Tagen. Section: Eitrige Meningitis. Fissur im Hinterhauptbein, theilweise schon knöchern, theilweise noch bindegewebig verwachsen. *Discussion*: Auch Fürbringer berichtet, dass er mehrere derartige Fälle beobachtet hat, die er aber früher nicht richtig beurtheilt habe. Bloch hat unter ca. 80 Begutachtungen aus den letzten Jahren 7 Fälle, in welchen sich an ein Trauma progressive Demenz anschloss. Immer waren die Pat. in vorgeschrittenem Alter, zeigten fast immer Zeichen von

Arteriosklerose. Der Zusammenhang mit den Traumen war aber immer klar, denn die Pat. konnten bis zu denselben ihre Arbeit vollständig verrichten. Solche Pat. neigen zu Hypochondrie und bringen vielfach unbegründete Klagen vor, was dann die Beurtheilung des thatsächlichen Leidens oft erschwert. C. Benda meint, dass der Zusammenhang solcher Fälle, wie Stadelmann sie beschrieb, für den Arzt wohl klar sei, doch aber bei criminellen Fällen, wie Fall 2 bei der Beantwortung der Frage Schwierigkeiten entstehen können. Er habe in diesem Falle als Sachverständiger den Zusammenhang bejaht, und der Thäter bekam Gefängnis; denn alle Organe erwiesen sich sonst als gesund, auch Arteriosklerose fehlte.

(Verein f. innere Medicin in Berlin, 17. XI. 02. —
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 47.)

Diphtherie. Eine bemerkenswerthe Ursache einer Hospital-

diphtherieepidemie giebt ein Bericht von Dr. Fr. Kuno (Christ'sches Kinderspital Frankfurt a. M.). Im Frühjahr 1902 erkrankten hintereinander zahlreiche wegen anderer Krankheiten ins Spital gekommene Kinder an D. Lange blieb man über die Ursache dieser Epidemie im Unklaren; trotz sofortiger Isolirung der an D. erkrankten Kinder, trotz penibelster Desinfectionen dauerte die Epidemie fort. Zufällig kam dann der Fall Neisser^{*)} zur Kenntniss, und es wurde daraufhin sofort das Rachensecret sämmtlicher Spitalkinder, der Krankenschwestern und Aerzte untersucht. Das Resultat war ein überraschendes. Eine der Krankenschwestern, deren Rachen das Bild eines chronischen Rachenkatarths bot, hatte in ihrem Rachenschleim Diphtheriebacillen. Als man den Dienstgang dieser Schwester mit der Zeit des Auftretens der Diphtheriefälle in den einzelnen Sälen verglich, zeigte es sich, dass die ganzen Diphtherieerkrankungen mit dem Dienst dieser Schwester gingen. Letztere war also Trägerin und Verbreiterin der Infection. Mit ihrer Entfernung erlosch die Epidemie. — Wenn scheinbar gesunde Personen auch häufig ohne Schaden für sich und ihre Umgebung virulente Bakterien in ihren Rachensecreten haben können, so beweist doch auch der Verlauf obiger Epidemie, welch unangenehme Folgen für eine disponirte Umgebung ein solcher Träger von Infectionsstoffen haben kann. Es erscheint daher dringend angezeigt, in allen Fällen von mehrfachen Diphtherieerkrankungen nicht nur das Rachensecret der diphtherieverdächtigen Patienten, sondern auch

^{*)} S. Excerpta, vorige No.

das aller Personen, welche mit den Erkrankten in Berührung gekommen sind, bakteriologisch zu untersuchen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 43.)

- **Kann das Diphtherieheilserum auch auf andere Krankheiten günstig einwirken?** so fragt Dr. D. Hirsch (Krakau) auf Grund einer Beobachtung, die er gemacht hat. Ein $3\frac{1}{2}$ jähr. Kind bekam Hals- und Athembeschwerden. Obwohl objectiv nicht viel nachweisbar, machte Autor doch, da in demselben Hause Kinder an D. krank lagen, 2 Serum-injectionen. Das anaemische und schlecht genährte Kind zeigte an der Haut des Rumpfes ein ausgebreitetes Ekzem in verschiedenen Stadien, ein solches nahm auch den Kopf ein, ausserdem fand sich hinter einem Ohr eine kindsfaust-grosse Lymphdrüsengeschwulst, endlich an den Beinen Prurigo mit vielen Kratzeffecten. Diese Hautaffectionen bestanden schon seit längerer Zeit und waren von verschiedenen Dermatologen erfolglos behandelt worden. Nach den Seruminjectionen verschwanden sie rasch, ebenso die Lymphdrüsenschwellung, und gewann Autor den Eindruck, dass das Serum hier therapeutisch eingewirkt haben muss.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1902 No. 49.)

- **Creosotal bei Croup**, sowohl bei echtem, wie bei *Pseudocroup*, *Pertussis* und *Morbilli*, gab mit bestem Erfolge Dr. L. Lažanský (Neu-Strakonitz). Bei Kindern z. B. von 5—10 Jahren verschreibt er:

Rp. Inf. rad. Ipecac. 0,4 : 100,0

Liq. Ammon. anis. 1,0—1,5

Creosotal. 3,0—4,5

Syr. Seneg. 15,0

S. Umgeschüttelt! 4mal $\frac{1}{2}$ stündlich, 4mal stündlich bis zum Fieberabfall; sodann 2 stündl. je 1 Theelöffel, hernach 3—4 stündlich; solange kein Fieberabfall, die Flasche in 24 Stunden zu verbrauchen.

Ebensoviel giebt Autor bei höherem Fieber, hier ordinirt er aber:

Rp. Natr. salicyl. 1,0—2,0

Creosotal. 3,0—4,5

Emuls. amygd. dule. 100,0

Syr. Ipecac. 15,0.

(Deutsche Medizinal-Ztg. 1902 No. 91.)

Epilepsie. Ueber einen **Fall von angeborenem Diabetes insipidus, combinirt mit nach Insolation hinzugetretener E.** berichtet Dr. Lichtwitz jr. (Ohlau). Der jetzt 23 jähr.

Pat., von Beruf ein Packer, das jüngste Kind einer kinderreichen gesunden Familie, brachte einen ungeheuren Durst mit auf die Welt (versuchte einmal sein Badewasser zu trinken!), schied auch von jeher eine enorme Menge Urin aus. Während der Entwicklung stets schwächlich, aber nicht gerade krank, frei von Krampfanfällen u. dgl., kam er sehr schlecht in der Schule fort, zeigte sehr geringe Intelligenz und musste Packer werden (Vater Superintendent!). Durst und Urindrang blieben unverändert; er steht des Nachts alle 2 Stunden auf, um zu trinken und zu urinieren, und hat in der Nacht immer eine Kanne Wasser bei sich. Als Packer war er ausschliesslich in den Fabrikräumen thätig. Ausnahmsweise hatte er am 15. Juli v. J., einem sehr heissen Tage, sehr schwere Ballen zu verladen und zwar sehr lange. Er bekam dabei schliesslich heftiges Erbrechen, Kopfweh und Mattigkeit. 14 Tage darauf der erste epileptische Anfall, dem sich weitere, etwa 1—3 mal im Monat, anschlossen. — Aus der Harnruhr, dem geringen Grade der Intelligenz und Anomalieen des Schädels (Fehlen der Hinterhauptswölbung) können wir auf eine *angeborene Gehirn-anomalie* schliessen. Dann kam die Insolation, die beim Ausbruch der E. sicher aetiologisch mitwirkte, wenn sie auch erst 14 Tage später einsetzte; wissen wir doch, dass an einen jeden in der Schädelhöhle bestehenden Reizzustand sich noch nach Jahren epileptische Anfälle anschliessen können. Es erscheint also die Auffassung plausibel, dass durch den Insult des Sonnenstiches die centrale epileptische Veränderung gesetzt worden ist, welche gelegentlich durch nicht näher zu controllirende Ursachen als Anfall in die Erscheinung trat. Da die Schädigung bei einer für den Pat. aussergewöhnlichen Betriebsarbeit erworben wurde, so stellt dieselbe einen Betriebsunfall dar.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 45.)

- Weiteres über die **Cerebrinotherapie** der E. publicirt Dr. M. Lion (Thomäschefi-Kölok), der schon vor ca. 1 Jahre über seine Erfolge mit Cerebinum-Poehl berichtet hatte. Seit einiger Zeit verordnet er seinen Pat. kein Brom, keine Diaet mehr, und da trat die Wirkung des Cerebrins noch klarer hervor. Er gab letzteres in Form von Tabletten bis 2 g pro die oder in subcutanen Injectionen 1—2 Ampullen pro dosi, 2—7 Ampullen wöchentlich. Jetzt erhält er noch raschere Resultate bei folgender Methode, die er dringend empfehlen kann. Er steigt schnell (in einer Frist von 2—3 Wochen, manchmal noch schneller), bis 1,8 pro

dosi (gewöhnlich 6 Tabellen à 0,3), die er 1 mal am Tage, am besten Morgens nüchtern, giebt und jeden 3. Tag wiederholt. Wenn diese Gabe ungenügend ist, d. h. wenn die Anfälle, obwohl sie seltener und schwächer werden, fortdauern, fängt er an, nach 2—3 Wochen dieselbe Dosis jeden 2. Tag und endlich jeden Tag zu geben. Subcutan macht er jeden 3. oder 2. Tag 2 Einspritzungen auf einmal. In Fällen, wo neurasthenische Symptome in den Vordergrund treten, giebt Autor zugleich mit dem Cerebrin das *Sperminum*-Poehl innerlich (Essent. spermin. 2—3 mal täglich 20—30 Tropfen) oder in schweren Fällen subcutan, 2—3 Ampullen Spermin. pro inject. wöchentlich. Diese Therapie hat sich ausserordentlich gut bewährt. Autor führt Fälle an, wo die Anfälle seit der Therapie überhaupt nicht kamen oder fast ganz verschwanden, andere, wo eine wesentliche Minderung der Anfälle an Intensität und Zahl eintrat. — In einer Nachschrift theilt Prof. Eulenburg (Berlin) mit, dass auch er eine Anzahl von Pat. mit Cerebrin behandelt hat, meist schwere, veraltete Fälle mit grossen, zeitweise besonders gehäuften Anfällen, bei denen die Brombehandlung (auch Bálint's Bromopancur) auf die Dauer versagte oder nicht tolerirt wurde. Cerebrin wurde intern (4—6 Tabletten täglich) oder subcutan (jeden 2. Tag 1—2 ccm) angewandt. Wenn Autor auch nicht so hervorragende Wirkungen sah, wie Lion, so hatte doch auch er den Eindruck, dass dem Cerebrin eine gewisse Bedeutung zukommt und das Verfahren beachtenswerth ist.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 50.)

Fremdkörper. Was für diagnostische Schwierigkeiten ein **aus dem Darm durchgebrochener F.** machen kann, zeigt eine Beobachtung von Dr. A. Wagner (Stuttgart), welche eine 52jährige Pat. betraf, die nie geboren hat. Im December 1900 will Pat. mit Schmerzen in der rechten unteren Bauchseite erkrankt sein, gleichzeitig soll hohes Fieber bestanden haben. Der damalige behandelnde Arzt stellte die typischen Symptome einer Typhlitis resp. Paratyphlitis fest. Unter antiphlogistischer Behandlung schwanden Schwellung und Fieber innerhalb 14 Tagen, und Pat. befand sich während des grössten Theiles des Jahres 1901 ganz wohl. Erst im November 1901 erneute Schwellung und Schmerzhaftigkeit der rechten Unterbauchgegend, im Verlaufe von 8 Wochen langsam an Grösse zunehmend. Pat. besorgte aber immer noch die Hausgeschäfte, bis sie Mitte Januar, infolge Hebens eines schweren Gegenstandes sich

„verlupfend“ und plötzlichen heftigen Schmerz im Bauche fühlend, schwer erkrankte, Schüttelfröste, Fieber bis 39 und 40° u. s. w. bekam. Autor sah sie am 18. I. 1902 zum 1. Mal. Sehr corpulente Frau, Puls 120, klein und fliegend, Temp. in recto 39,5°. Ganze rechte Bauchhälfte stark vorgewölbt. Etwas über dem rechten Poupart'schen Bande bis 2 Finger breit unter dem rechten Rippenrand ein über mannskopfgrosser, fibrös-derber Tumor, mässig druckempfindlich und mit den Bauchdecken in Zusammenhang stehend, scheint sich ins kleine Becken hinab fortzusetzen. Vaginal findet sich ein kleiner Uterus, dessen Zusammenhang mit dem Tumor nicht sicher feststellbar, da combinirte Untersuchung wegen Druckempfindlichkeit des Abdomens nicht möglich. Es konnte sich event. handeln um Ovarialtumor mit Stieldrehung, altes paratyphlitische Exsudat oder Bauchdeckensarcom. Am 20. Jan. Laparotomie. Tumor sitzt in der rechten Bauchwand, hat nach der Bauchhöhle zu das Peritoneum in einer Ausbreitung von 2 Handtellergrössen durchbrochen, und es quellen hier aus den Durchbruchsstellen weiche Neubildungsmassen hervor, die sowohl mit dem Netze, als auch mit Coecum und Colon ascendens umfangreich verwachsen sind. Bauchhöhle frei von Exsudat, Peritoneum normal. Also: Bauchdeckensarkom, durchgebrochen durch das Peritoneum parietale. Bei der Unmöglichkeit, den grossen Tumor zu exstirpiren, Schliessung der Bauchwunde, Probeincision auf der Höhe des Tumors. Nach Durchtrennung der unveränderten und auf dem Tumor beweglichen Bauchhaut gelangt man auf ein fibrös-derbes Gewebe, aus welchem ein Keil ausgeschnitten wird behufs histologischer Untersuchung. Dieselbe (Pathol. Institut Tübingen) ergab: „Das Gewebe sieht histologisch wenig bösartig aus. Man sieht fasciculäre Bindegewebszüge mit etwas myxomatös gequollenen Fasern und nur wenig hellen, ausserdem besteht eine tief in die Muskeln reichende entzündliche Infiltration. Man könnte also höchstens an ein Fibrosarcoma fasciculare denken; vielleicht könnte es sich auch um eine entzündliche Neubildung (Actinomykose) handeln.“ Als Autor am 8. Tage nach der Operation den Verband wechselte (die Temperaturen waren inzwischen etwas abgefallen), fand er die Probeincisionsstelle stark entzündlich geröthet. Nach Entfernung der Nähte versuchte er mit der Sonde durch das callöse Gewebe in die Tiefe zu dringen, und plötzlich versank die Sonde auf ca. 10 cm, und aus der Tiefe quoll Eiter hervor. Autor incidirte hier breit und drang vorsichtig in die Tiefe, dabei in eine

gewaltige Abscessshöhle gelangend, aus der sich über 1 Liter scheusslich stinkenden, mit schwefelgelben Partikelchen untermischten Eiters ergoss. Auskratzung, Contraincision. Drainage. Untersuchung des Eiters auf Actinomykose negativ. Die anfänglich profuse Eitersecretion liess unter allmählichem Abfall der Temperatur immer mehr nach. nach 10 Wochen waren die Fisteln geschlossen, Pat. andauernd fieberlos, ging aus, arbeitete, erschien normal. Da 3 Wochen später plötzlich wieder Fieber und schmerzhaftes Schwellung. Kleine Incision. Etwas Eiter und ein eigenthümlicher Fremdkörper von $5\frac{1}{2}$ cm Länge und sichelförmiger Gestalt, wie sich später herausstellte: eine der knöchernen Spangen in den Kiemen des Kabeljaufisches. eine sogen. „Branchiostege“. Es wurde nunmehr eruiert, dass der Pat. 2 Monate vor der damaligen Blinddarmentzündung eine Fischgräte im Halse stecken geblieben sei, welche sie nur mit grosser Mühe schliesslich hinuntergeschluckt habe. Nach Extraction des F. schloss sich die Wunde rasch, und Pat. blieb dauernd gesund. Autor erklärt den Vorgang so: Der F. hatte zunächst Magen und Dünndarm anstandslos passirt und war dann im Coecum stecken geblieben; hier durchbohrte er allmählich mit seinem spitzen Ende die Darmwand und veranlasste in dem Moment, wo die Perforation eintrat, eine Paratyphlitis, nach deren Ablauf bei Abkapselung des F. eine Scheinheilung eintrat. Aus seiner Ruhe wurde der F. damals gelegentlich des „Verlupfens“ aufgerüttelt (es zeigten sich Erscheinungen wie bei plötzlichen Stieldrehungen von Bauchtumoren), wanderte weiter, bohrte sich in die Bauchdecken ein und bewirkte erneutes Aufflackern des entzündlichen Processes.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 46.)

- Eine neue **Fremdkörpernadel** empfiehlt Dr. Haass (Viersen) als besonders werthvoll für den Landarzt, der öfters auf der Reise einen tiefer in die Hornhaut eingedrungenen F. entfernen soll, bisweilen einen, der schon längere Zeit im Auge sitzt, wo er eine Irisreizung oder gar schon Iritis hervorgerufen hat. Hier bedarf man ausser der Nadel noch eines Anaestheticums und eines Mydriaticums. Alle 3 Dinge vereinigt nun das kleine, in der Westentasche leicht unterzubringende Instrumentchen*), das aus einem Metallröhrchen besteht, in dessen eines Ende die Nadel eingeschraubt ist; zum Gebrauch wird dieselbe heraus- und

*) Hergestellt von Luetgenau & Co., Crefeld.

mit dem Fussende wieder eingeschraubt. Die andere Seite des Röhrchens ist mit einer Deckelschraube versehen und enthält je ein Glasröhrchen mit Cocain- und Scopolamin-tabletten. Das Instrumentchen wird auch mit einer Nadel aus Platiniridium geliefert und kann so leicht ausgeglüht werden.

(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges, 18. XII. 1902.)

Gonorrhoe. Crurin pro injectione wird in der Dermatol.

Univers.-Klinik zu Freiburg seit 3 Jahren mit äusserst befriedigenden Erfolgen angewandt, wie Dr. Th. Schwab mittheilt. Es handelt sich um 63 Fälle. In 92 $\frac{0}{10}$ derselben gelang es, dauernd in ziemlich kurzer Zeit die Gonokokken zu beseitigen, und zwar durch kurze, nur 2—3 Minuten dauernde Injectionen einer meist nur $\frac{1}{2}$ $\frac{0}{10}$ igen Emulsion. Auch die Secretion versiegte rasch, namentlich bei frühzeitigem Beginn dieser Therapie war der Verlauf der G. ein auffallend milder, die Häufigkeit der Complicationen eine recht mässige. Die Injectionen machten keine Reizerscheinungen. Als solche sich bei einer Anzahl von Pat. zeigten, fand man, dass die Beschaffenheit der Emulsion fehlerhaft war: sie war statt reinweiss deutlich gelb bis röthlichgelb, bisweilen liessen sich am Bodensatz auch makroskopisch einzelne rothe Partikelchen erkennen, die sich mikroskopisch als noch unzersetztes Crurin erwiesen. Man weise also jedes Präparat mit röthlichem Satz zurück und verlange eine fast reinweisse Schüttelmixtur, die leicht zu erreichen ist, wenn man genau nach Vorschrift verfährt. 1 g Crurin wird mit Glycerin und Wasser aa 5 g angerieben, sodann wird die Masse langsam unter starkem Umschütteln mit 189 g Wasser versetzt.

Rp. Crurin. pro inject. 1,0

contere c.

Aq. dest.

Glycerin aa 5,0

adde paulatim

Aq. dest. q. s. ad 200,0.

(Die Medicin. Woche 1902 No. 43.)

— Ueber therapeutische Erfahrungen mit **Arhéol***) berichtet Dr. Carlo Ravasini (Triest). 1898 hat Riehl aus dem Santelöl eine gewisse Quantität des Alkohols isolirt; derselbe besitzt den gleichen therapeutischen Werth wie das

*) Pharmacie Astier 72 Avenue Kléber, Paris.

Santelöl selbst, ruft aber nie störende Nebenerscheinungen hervor, die dem Santelöl eigen sind, je mehr es von dem Alkohol enthält (die verschiedenen Santelöle des Handels enthalten 30—90 %). Der Alkohol chemisch rein ist eben Arhéol, eine ölige, farblose Flüssigkeit, von der täglich 6—10 Kapseln à 0,2 g gegeben werden. Autor wendete das Mittel hauptsächlich bei G. und seinen Folgeerkrankungen an und war mit der Wirkung durchaus zufrieden. Die durch die Miction bedingten Schmerzen und die Frequenz der Harnentleerung wurden sehr rasch günstig beeinflusst, der Urin klar. Bedeutende Besserungen wurden auch bei *Cystitis non-gonorrhoeica* erzielt, ja selbst bei *Tuberculose der Blase* wurden die Schmerzen vermindert, die Mictionsintervalle grösser.

(Die Therapie der Gegenwart, December 1902.)

- **Helmitol**, ein neues Harnantisepticum, prüfte in M. Joseph's Poliklinik (Berlin) Dr. P. Rosenthal. Es handelt sich um eine Verbindung der Anhydromethylencitronensäure mit dem Urotropin, die in Pulverform (3—4 × tägl. 1 g) gegeben wird und einen angenehmen, an Citronensäure erinnernden Geschmack (namentlich bei Zusatz von etwas Zucker zur Lösung) besitzt. Sie wurde 20 Pat., die meist an G. chronica poster. litten, gegeben und wirkte durchwegs schon nach einigen Tagen günstig ein; Schmerzen und Harndrang liessen nach, der Urin wurde klarer. Autor kann das Mittel daher dringend zur Nachprüfung empfehlen. Es kommt auch in Tabletten (à 0,5 g) in den Handel; eine Glastube mit 20 Stück kostet (bei Verordnung: „Originalpackung Bayer“) etwa 90 Pf.

(Ibidem.)

- Als **Prophylacticum gegen G.** empfiehlt Dr. Erich Schultze (Berlin) „*Viro*“, eine Mischung von Protargol, Wasser, Glycerin und Gelatine in salbenartiger Consistenz, enthalten in kleinen Zinntübchen ohne Verschluss, nur mit feiner Ausflussöffnung. Die 20%ige Protargolgelatine liegt in der Zinntube (jede ist nur für *eine* Schutzeinträufelung bestimmt) nicht frei, sondern in einer durch Faltung geschlossenen Pergamentpapierhülle, ein Druck mit Daumen und Zeigefinger der rechten Hand auf den Bauch der Tube bringt die Papierhülle zur Entfaltung, und die Protargolmasse wird in die Urethra hineingepresst; bei der dicken Beschaffenheit bleibt auch, was von Bedeutung ist, leicht ausserhalb des Orificium, auf der Eichel ein Tropfen

haften. Der Tube ist noch eine andere beigegeben mit *Viro-Crème*, aus 1 % Formalin, Seife, Wachs, Glycerin, Lanolin bestehend und bestimmt, als Schutz gegen Infection mit Ulcus molle und Syphilis zu dienen; nach dem Verreiben und Verdunsten bleibt die Haut mit einer feinen Schutzdecke überzogen, welche die Hautporen, kleine Einrisse und Wunden verschliesst und so den Contact mit dem Infectionsstoff verhütet. Die Crème antiseptique verleiht der Haut zudem eine gewisse Glätte, welche die Introductio penis erleichtert und schon dadurch die Gefahr der Entstehung einer Verletzung verringert.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 45.)

— Einen **Fall von positivem Gonokokkenbefund in einem epididymitischen Abscess** veröffentlicht Dr. A. von Karwowski (Posen), glaubt aber trotzdem nicht, dass jede gonorrhoeische Epididymitis nur durch den Gonococcus erzeugt werde, sondern fasst seine Ansichten wie folgt zusammen:

1. Es ist ausser Zweifel, dass der Gonococcus als solcher im Stande ist, sowohl seröse als vereiternde Epididymitis zu erzeugen, und zwar durch directes Ueberwandern auf den Nebenhoden durch das Vas deferens.

2. Es ist aber auch nicht ausgeschlossen, dass die während einer G. eintretende Epididymitis auch durch andere Ursachen (Traumen, Circulationsstörungen, Toxine, Mischinfectionen) ohne Betheiligung des Gonococcus hervorgerufen werden kann.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1902 Bd. 35 No. 11.)

Impotenz. **Yohimbin-Spiegel** hat Dr. Seitz (Erlangen) bei 3 Pat. angewandt. 2 davon litten in Folge von excessivem Lebenswandel an vorzeitiger I., die sich im Fehlen von Erectionen trotz vorhandener Libido coeundi äusserte. Sonst keine Anomalieen, Befinden der Pat. im Uebrigen vorzüglich. Vorher Hydrotherapie und Elektrizität ohne Erfolg. Die Pat. erhielten 3mal, später 4mal täglich je 1 Tablette mit 0,005 salzsaurem Yohimbin, und zwar 3 Wochen lang. Bei Beiden nach 5—6 Tagen Erectionen, die nach 8 Tagen so kräftig wurden, dass der Coitus normal vollzogen werden konnte. Die Wirkung hielt im 1. Falle 8 Wochen, im 2. Falle fast $\frac{1}{4}$ Jahr an. Im 3. Falle Wirkung noch rascher. 43jähr. Officier, vorher starke Excesse in Venere, seit 2 Jahren I. mit consecutiver Neurasthenie. 4mal tägl. 1 Tablette. Nach 4 Tagen

bereits ersichtlicher Effect, nach 8 Tagen volle Erectionsfähigkeit. Die Wirkung hielt in den 4 Monaten der Beobachtung an.

(Die Medicin. Woche 1902 No. 48.)

- Mit **Yohimbin. hydrochloric.** der Fabrik J. D. Riedel (Berlin) behandelte Dr. Boss (Strassburg i. E.) 4 Pat., die sämtlich in Folge jahrelang bestehender gonorrhöischer Erkrankung der Harnröhre und ihrer Adnexe an I. neurasthenica litten. 1 Fall zeigte sich refractär; in den 3 übrigen Fällen (Herren von 27, 30, 34 Jahren), bei denen allmählich eine bedeutende Abnahme der Potestas coeundi bis fast zum Erlöschen sich entwickelt hatte, trat deutliche Wirkung ein, indem sich normale, zum Coitus befähigende Erectionen einstellten. Sie nahmen 3 mal tägl. 1 Tablette à 5 mg; im Durchschnitt war 0,1—0,15 erforderlich, um die gewünschte Wirkung hervorzurufen, die jedoch wieder verblasste, wenn man das Mittel aussetzte.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 102.)

Intoxicationen. Eine Vergiftung durch Flores arnicae

sah Dr. Leibholz (Berlin). Ein Dienstmädchen erkrankte plötzlich heftig. Autor fand Pat. sich unter heftigen Schmerzen windend, vor ihr Erbrochenes, eigenthümlich aromatisch riechend und aus blutig gefärbtem Schleim bestehend. Pat. hatte um 10 Uhr früh, weil ihre Regel einige Tage ausgeblieben, auf Rath einer Waschfrau eine Tasse Thee getrunken, zu der sie für 10 Pf. Arnicathee (20 g) aufgebrüht habe. Sofort nach Genuss heftiges Brennen im Magen, Pat. musste sich $\frac{1}{2}$ Stunde hinlegen, konnte dann aber wieder Hausarbeit verrichten. Um 5 Uhr Nachmittags begann sehr heftiges Erbrechen blutig gefärbter Massen unter intensiven Magenschmerzen. Reichliche Magenspülung, Injection von 0,01 g Morphinum. Baldiges Verschwinden der Beschwerden. Wie es sich herausstellte, war Pat. im Beginn des 2. Monats der Gravidität. Wie Autor erfuhr, abortirte sie wenige Tage nach jenem Ereigniss.

(Deutsche Medizinal-Ztg. 1902 No. 90.)

- **Bromoformvergiftung bei einem 3jähr. Kinde mit tödtlichem Ausgang** beschreibt Dr. Kiwull (Wenden). Das Kind wurde in bewusstlosem Zustande (ca. 6 km per Achse) in die Stadt gebracht. Die Anamnese ergab Folgendes: Der 11jähr. Bruder hatte Keuchhusten gehabt und mit Erfolg erhalten:

Rp. Bromoform. 12,0
 Ol. thym. gtt. XXX
 Ol. amygd. dulc. 20,0
 Gumm. arab. 10,0
 Aq. amygd. amar. 19,0
 Aq. dest. 100,0
 S. 3 mal tägl. 1 Theelöffel.

Als er genesen, erkrankte das 3jähr. Kind ebenfalls an Pertussis, die Eltern liessen die Arznei wieder anfertigen und gaben unbeschadet mehrere Theelöffel täglich 6 Tage hindurch. Am 7. Morgens ganz früh wurde der letzte Rest aus der Flasche gegeben. Wenige Minuten später bekam das Kind Zuckungen und wurde bewusstlos. Status: Blässe des Gesichts, Lippen leicht cyanotisch, Puls kaum fühlbar, Füsse kalt, Reflexe aufgehoben, Muskeln völlig erschlafft, Athmung oberflächlich, zuweilen aussetzend. Pupillen eng, weit hörbares tracheales Rasseln, Bromoformgeruch ex ore; von Zeit zu Zeit schwache Anfälle von Pertussis. Aetherinjectionen, künstliche Athmung (1 Stunde). Unter Erscheinungen von Lungenodem Exitus. Section erst 16 Tage post mortem an der exhumirten Leiche. Starke Hyperaemie der Piagefässe; bei Schnitten durch die Gehirnschubstanz reichliches Auftreten von Blutpunkten, also starke Congestionsercheinungen; ausserdem dunkles flüssiges Blut in den grossen Gefässen und im Herzen; Lungen und Leber blutreich; in Trachea und Kehlkopf Schleim, im Munde schäumige Flüssigkeit. Die chemische Analyse des Magen- und Darminhalts auf Bromoform fiel negativ aus. Trotzdem kann es sich wohl bloss um eine Bromoformvergiftung handeln. Das Sectionsergebniss war ziemlich das gleiche, wie es schon nach dieser Intoxication constatirt worden ist; auch die klinischen Symptome und Anamnese weisen direct darauf hin. Dass das Gift hier so stürmisch wirkte, daran sind wohl, abgesehen von der Stärke der für ein viel älteres Kind bestimmten Arznei, noch andere Umstände schuld. Bei der Emulsion, nach obigem Recept bereitet, bildet sich sehr bald ein Bodensatz, das Bromoform sinkt nach unten. Das Kind erhielt also zunächst wohl sehr wenig Bromoform, zuletzt aber in dem Reste der Flüssigkeit die grösste Menge davon, dazu noch früh auf leerem Magen — kein Wunder, dass die Wirkung eine so deletäre war.

(Centralblatt f. innere Medicin 1902 No. 50.)

Oedem. Hartes traumatisches O. des Hand- und Fuss-

rückens ist nach Privatdocent Dr. Vulliet (Lausanne) eine gar nicht so selten vorkommende Affection, die namentlich für den Versicherungsarzt von grossem Interesse ist. Autor hat mehrere Fälle genauer beobachtet und skizzirt die Eigenthümlichkeiten des Leidens.

1. *Aetiologie*: Gewöhnlich ein gut localisirter Schlag auf den Hand- oder Fussrücken; oft wenig heftig. Seltener rasche Dorsalflexion der Hand (oder des Fusses).

2. *Symptome*: In den ersten Tagen nach dem Unfall diffuse Anschwellung auf Hand- oder Fussrücken, am stärksten gegen die Finger- oder Zehenbasis. Auf dem Höhepunkt der Krankheit ist diese Geschwulst hart, elastisch; Fingerdruck bleibt nicht. Der Handrücken gleicht einem elastischen Kissen; Haut lässt sich nicht falten; keine Zeichen von Entzündung, keine Ekchymosen, hingegen hier und da Crepitation. Handballen normal. Röntgenbilder zeigen die Handknochen intact. Druck schmerzhaft. Active und passive Fingerbewegungen gehindert, oft sehr schmerzhaft (hauptsächlich in der Ueberstreckung). Daumen immer frei.

3. *Verlauf und Ausgang*: Ausserordentlich langsamer Verlauf. Die Geschwulst bleibt hartnäckig gleich während einiger Zeit, geht hierauf langsam zurück, um im Mittel nach 8—12 Wochen zu verschwinden (oft noch später). Man findet dann entweder ein hartes, gut abgrenzbares Knötchen oder eine verschwommene Verhärtung auf dem Knochen, welche selten für immer bleibt und an eine Knochenverletzung (Bruch oder chron. Entzündung) denken lässt. Die Pat. (das Leiden kommt auch bei Nichtversicherten vor!) bleiben also recht lange arbeitsunfähig.

4. *Pathogenie*: Es handelt sich wahrscheinlich um ein fibröses, diffuses Exsudat (zwischen der Haut und dem harten Untergrund), das sehr langsam resorbirt wird, sich stellenweise organisiren und so bleibende fibröse Verhärtungen bilden kann.

5. *Differentialdiagnose*: Das entzündliche O. ist weich, roth; man findet Eingangspforte der Infection, auch Drüsen-schwellungen. Weich ist auch das O. infolge von Circulationsstörungen. Brüche der Metacarpalknochen geben mehr localisirte Symptome mit Ekchymosen; Dauer der Geschwulst weniger lang, Endresultat ist ein charakteristischer Callus; bei Zweifel: Skiaskopie! Ein Bluterguss giebt Ekchymosen. Schwierig kann die Diagnose werden.

wenn das harte O. sehr lange dauert, oder wenn sich an einem Metacarpalknochen localisirte, persistirende Verhärtungen oder Knötchen bilden. Man denke stets an diese traumatische Affection und nicht gleich an chron. Entzündung (Tuberculose).

6. *Therapie*: Am besten warme Bäder. Massage wirkte eher schädlich. Wattedruckverbände beschleunigen die Heilung nicht.

(Centralblatt f. Chirurgie 1902 No. 43.)

Pertussis. **Aristochin**, ein weisses, geschmackloses Pulver mit 96% Chiningehalt, hat Dr. H. Stursberg (Kinderambulatorium der medic. Universitätsklinik Bonn) 18 an P. leidenden Kindern im Alter von 5 Monaten bis 6 Jahren gegeben, und zwar erhielten Kinder unter 3 Jahren 3mal täglich 0,05—0,1, grössere bis 0,3. Die Darreichung mit etwas Wasser bot keinerlei Schwierigkeiten, es wurden weder Erbrechen, noch sonstige schädliche Folgen beobachtet. In 50% der Fälle schien das Präparat so günstig auf den Verlauf der P. einzuwirken, dass weitere Versuche mit demselben empfehlenswerth erscheinen, wobei bei der Unschädlichkeit des Mittels auch etwas höhere Dosen gereicht werden könnten.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 45.)

— **Antitussinsalbe** wandte S.-R. Dr. Fürst (Berlin) in 16 Fällen an und war mit der Wirkung sehr zufrieden: Die Zahl der Anfälle, die Intensität derselben wurde herabgesetzt, der Verlauf abgekürzt, wenn man die Salbe 3mal täglich energisch in der Richtung von oben nach unten am Kehlkopf und Hals (event. auch Brust und Scapulargegend) einrieb. Coupierung der P. gelingt nur bei Anwendung der Salbe während des Initialstadiums der Krankheit.

(Wiener med. Presse 1902 No. 47.)

Prurigo. Beurmann verordnet:

Rp. Camphor. 12,0
Ol. Fagi 15,0
Sulfur. 8,0
Ol. Chaulmogr. 3,0
Vaselin. 62,0
M. f. ung.

(Gaz. hebdom. 1902 No. 7). — Dermatolog. Centralbl. 1902.)

Pruritus. **Bromocollsalbe** (10%) wandte Lanz bei P. mit sehr gutem Erfolge an, z. B. in einem Falle, wo ein Neurastheniker seit 10 Jahren an P. litt. gegen den die ver-

schiedensten Mittel fehlgeschlagen, während Bromocoll gleich nach der 1. Application Hilfe brachte. Ebenso in einem andern Falle, wo P. seit $\frac{1}{2}$ Jahr bestand, in einem Falle von *Lichen simpl. chronic.*, wo die Bromocollsalbe das Jucken auf länger als 24 Stunden zum Verschwinden brachte, u. s. w.

(Praktischeski Wratsch 1902 No. 4.)

- Ueber **Säurebehandlung des Pruritus** lässt sich Prof. Dr. Leo (Bonn) aus im Anschluss an einen beobachteten Fall. Ein 25jähr. sonst stets gesunder Mann litt seit über 1 Jahr an ununterbrochenem heftigen Hautjucken am ganzen Körper. Untersuchung gänzlich negativ, nur die trübe Beschaffenheit des Urins auffällig. Dieselbe rührte von Erdphosphaten her und sollte schon seit längerer Zeit vorhanden sein. Da eine andere Ursache für den P. nicht nachweisbar, nahm Autor an, dass die mit Phosphatausscheidung verbundene Alkalinurie der Ausdruck einer Erhöhung der Alkaleszenz des Blutes resp. der Körpersäfte und Gewebe sei, und dass hierdurch der Juckreiz ausgelöst werde. Er verordnete eine Salzsäurelösung (5:10 2stdl. 10 Tr.); das Jucken nahm etwas ab, und der nach 3 Tagen gelassene Urin war klar, reagierte aber noch alkalisch. Steigerung der Salzsäuremenge auf das $1\frac{1}{2}$ fache; wieder sichtliche Linderung des Juckens. Jetzt Ordination von Acid. sulfur. (3,0:200,0 2stdl. 1 Esslöffel) und vorwiegende Eiweissdiät; der P. nahm weiter ab. Noch stärkere Lösung (Acid. sulfur. 5,0:200,0), worauf nach 8 Tagen das Jucken ganz verschwunden war. Ausgehend von der Erwägung, dass der Alkaleszenzgrad des Blutes und die Reaction des Urins nicht ohne Weiteres in Parallele zu stehen brauchen, und dass die Empfindlichkeit der Hautnerven gegenüber dem reizenden Einfluss von Bestandtheilen des Blutes zweifellos individuell sehr verschieden ist, versuchte Autor auch in mehreren Fällen von P. mit sauer reagirendem Urin durch Säuredarreicherung einzuwirken. Der Erfolg war bei 2 Pat. mit P. universalis nicht sicher, da der Juckreiz auch schon vorher manchmal spontan wochenlang cessirt hatte, dagegen war er in 3 Fällen (1mal P. universalis, 2mal P. vulvae) deutlich ausgesprochen, da hier bei Gebrauch von Schwefelsäure erhebliche Besserung sich zeigte. Es ist daher wohl angezeigt, auch in Fällen, wo keine Alkalinurie besteht, die Säuretherapie zu versuchen. Vielleicht ist die günstige Beeinflussung des P., die man häufig bei Ordination von Salicyl- oder Carbonsäure beobachtet, auch der Verminderung der Blutalkaleszenz zuzuschreiben gewesen.

(Therap. Monatshefte 1902 No. 12.)

- Ueber **hartnäckigen P. im äusseren Gehörgange** lässt sich Dr. M. Sugár (Budapest) aus. Die Wechselbeziehungen zwischen Genitale und Ohr sind dem Specialisten schon lange bekannt. Wahrscheinlich spielen sich derlei tympanale Reflexneurosen auf dem Gebiete des Sympathicus ab. So bestehen bei Frauen vor Eintritt der Menses fliegende Sensationen in der Ohrmuschel, Hyperaemieen, ja Schwellungen, gewöhnlich beider Muscheln mit oft unerträglichem Juckreiz. Die namentlich zur Zeit des Climacteriums eintretenden circumscripten Entzündungen des Gehörganges, auf die zuerst Urbantschitsch aufmerksam machte, und die eine Parallele mit der oft im Climacterium auftretenden Acne rosacea zulassen, sind bekannt. Ferner chron. Ekzeme mit starkem Juckreiz der äusseren Ohrparthieen, die ihren Zusammenhang mit dem Uterus dadurch documentiren, dass sie entweder jedesmal zur Zeit der Periode exacerbiren, oder sich um die Zeit des Beginnens der Menopause einstellen und mit der Menstruation auch zu verschwinden pflegen. Pat., die an P. des äusseren Gehörganges leiden, geben oft an, dass sie beim Kratzen daselbst wollüstige Empfindungen, ja Ejaculation haben. Der P. im Gehörgange, der bei Frauen im Climacterium jeder Behandlung trotzt, der P. vor Eintritt der Menses ist zweifellos mit den Vorgängen im Genitale in Zusammenhang zu bringen. Es giebt natürlich auch P. des Meatus bei allgemeinem P. senilis, bei Icterus, Diabetes, Anaemie, als Prodrome des Gichtanfalles u. s. w., wo man natürlich auch keine locale Anomalie vorfindet. Unerträglichen Juckreiz finden wir aber auch im Endstadium des Ekzema squamosum des äusseren Gehörgangs, der dann mit Schuppen und Epithelfetzen bedeckt ist, ferner bei Pityriasis versicolor des Gehörgangs. Einen Fall von des Nachts auftretendem P. meatus beobachtete Autor bei einem Pat. mit Morpiones an den Wimpern, bei dem die Vermuthung nahe lag, dass sich an den feinen Haarschäften des äusseren Gehörgangs der Pediculus pubis ansiedelte. Auf diese oder ähnliche Weise erklärt sich wohl auch ein grosser Theil des P. nervosus, wenn auch sicherlich ein solcher ebenfalls vorkommt. Bei der Behandlung muss man natürlich vor allem causal vorgehen. Am schwersten heilbar ist P. nervosus. Bei Ekzema squamosum dürfen wir nie die Schuppen mittelst Wassereinspritzungen entfernen, sondern wir müssen reinen oder verdünnten Alkohol benutzen. Als Ekzemsalbe empfiehlt Kirchner:

Rp. Ung. Diachyl. Hebr.

Acid. boric. aa 10,0

Vaselin. 20,0

F. Aufzupinseln.

Sehr gute Dienste leistet nach Kircher bei Schuppenbildung und lästigem Jucken:

Rp. Zinc. oxyd.

Amyl. tritic. aa 12,5

Acid. salicyl. 0,5

Vaselin. alb. 25,0

Sulfur praec.

Dl. Rusci aa 5,0

Die Pick'sche Sublimatgelatine bewährte sich dem Autor sehr gut bei P. im äusseren Gehörgange:

Rp. Gelatin. alb. 30,0

Aq. dest. q. s.

Macera per aliquot horas

Deindē liquefac in balneo aquae et
evapora ad pondus 75,0

Adde: Glycerin. 25,0

Hydrarg. bichlorat. corr. antea

in pauxill. aquae solut. 0,05

effunde in forma disci

D.-S. Im Wasserbade zu erwärmen und dann
dünn auftragen.

Bei nervösem P. pinselt Politzer ein Epicarinalkohol (1,0 : 20,0—30,0), Epicarinsalbe (1,0 : 20,0), gegen heftige Anfälle Cocainlösung (20 %). Das letztere Mittel liess Autor oft im Stich, ja steigerte die Beschwerden. Mitunter hilft Mentholvaselin (1,0 : 20,0), in anderen Fällen Borvaselin (1,0 : 20,0) oder Lapissalbe (1 %), auf Mull gestrichen, der um ein feines Gummidrain gewickelt, in den Gehörgang eingelegt wird und lange liegen bleibt. Zur Milderung des Juckreizes sind mitunter Pinselungen des Gehörganges mittelst Wattetampons, die mit Menthol- oder Thymolspiritus getränkt sind, sehr gut. Gute Erfolge sah Autor auch von Theerspirit (1 : 10) und Naftalan. Als souveränstes Mittel gilt Bepinselung mit 4—10%iger Lapislösung; in verzweifelten Fällen griff Autor schon zu 20%iger.

(Wiener klin. Rundschau 1902 No. 50.)

Rheumatismen. **Mesotan** (Salicylsäuremethyloxymethylester), mittelst dessen Aufpinselung auf die Haut es gelingt, Salicylsäure von aussen her dem Organismus einzuverleiben, hat Dr. Ed. Reichmann (St. Marienkrankenhaus Berlin) bei 15 Pat. angewandt, und zwar mit solchem

Erfolge, dass er das Präparat zu weiteren Versuchen warm empfiehlt. Unangenehme Nebenwirkungen sah er nicht, ausser gelegentlich auftretendem Brennen der bepinselten Haut, die sich auch bisweilen röthete, wenn Mesotan pur applicirt wurde. Bei Zusatz von 10% Ol. Olivar. wurde das Mittel in der Regel gut vertragen, aber vielfach klagte man über den nicht angenehmen Geruch. Dieser machte sich nicht geltend, wenn statt dessen Ol. Ricin. zugesetzt wurde, und benützte zuletzt Autor stets diesen Zusatz, sogar zu 20—30%, wobei die Wirkung genügend war, aber keine Hautreizung eintrat. Er wechselt gewöhnlich täglich die zu bepinselnde Hautparthie und lässt an jeder Stelle den Verband, der aus einem undurchlässigen Stoff, Billroth-Battist oder Pergamentpapier bestand (Guttaperchapapier wurde stark angegriffen), 2 Tage liegen. Er lässt die ganze Tagesdosis (6—8 ccm) auf einmal einpinseln und kommt nach 2 oder mehr Tagen auf die erste Stelle zurück. Wo man Salicylwirkung haben will, ohne die Verdauungsorgane in Anspruch zu nehmen, dürfte sich die Verwendung des Mesotans sehr wohl empfehlen.

(Die Therapie der Gegenwart, December 1902.)

- Auch Dr. H. Röder hat mit **Mesotan** sehr befriedigende Erfolge erzielt bei 42 Fällen von Rh. der Muskeln und Gelenke, indem nur 2mal (ganz alte Fälle) das Mittel versagte, sonst aber gut, vielfach ganz eclatant sich bewährte. Vorzüglich waren z. B. die Erfolge bei acutem Muskelrheumatismus, geradezu verblüffend bei subacutem Gelenkrheumatismus (ausgezeichnet auch bei monarticulären Formen); auch bei chron. Gelenkrheumatismen, bei acuter Polyarthrit etc. wirkte das Präparat recht gut. Unangenehme Nebenwirkungen (Erytheme, Dermatitis) blieben aus, seitdem Autor Mesotan und Ol. Olivar. aa mit einem Wattebäuschchen oder Pinselchen anstreicht (nicht „einreibt“) und mit Woll- oder Seidenstoff (Strumpf, Handschuh u. dgl.) dann die afficirten Stellen bedeckt.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 50.)

Seborrhoea. Bei **Seborrhoea capitis** empfiehlt Brocq:
 Rp. Ol. Ricin. 30,0
 Tct. Jaborand.
 Tct. Chin.
 Tct. Rosmarin. aa 8,0.

(Journ. de méd. 1902 No. 11. —
 Dermatolog. Centralbl. November 1902.)

— Jessner ordinirt bei **Alopecia seborrhoica:**

Rp. Sulfur. depur.
Acid. salicyl. aa 1,0—5,0
Acid. tannic. 2,5—5,0
Vaselin. flav. amer. ad 50,0.

(Dermatolog. Vorträge 1902. — Ibidem.)

— Brown giebt bei **Ekzema seborrhoicum:**

Rp. Hydrarg. bichlorat. 0,6
Resorcin. 4,0
Chloral. hydrat. 4,0
Ol. Ricin. gtt. X
Spir. vin. 120.0.

(Post-Graduate 1902 August. — Ibidem.)

Syphilis. Seborrhoe und seborrhoisches Ekzem als provo-

cirende Momente für Syphiliseruption bespricht Prof. Dr. S. Ehrmann (Wien). Es ist bekannt, dass bei Syphilitikern im recenten Stadium oder selbst im Stadium der Latenz länger dauernde, an sich aber leichte Irritantie das Vermögen besitzen, eine Production von syphilitischen Efflorescenzen in loco irritationis hervorzurufen. Autor sah gehäufte Syphilide an Stellen auftreten, wo eine leichte Verbrühung stattgefunden. Er sah in 2 Fällen Syphilide an Stellen entstehen, wo kurz vorher ein abortiver Herpes zoster gesessen, oder an Stellen, wo eine leichte Schindung der Haut stattgefunden. Man kann bei Tischlern häufig wahrnehmen, dass die Syphilide auf der rechten Körperhälfte, die beim Hobeln der grössten Reibung an der Gewandung ausgesetzt ist, oder dass bei Schmieden in der rechten Schultergegend die Syphilide viel reichlicher auftreten als an anderen Körperstellen. Hierher gehören auch jene Fälle, bei denen durch Reibung von Seite der Kopfbedeckung die Corona venerea entsteht. Auch die Haare spielen eine Rolle: bei Männern, welche die tief in die Stirn gekämmte, gesteihte, mittlere Haarlocke tragen, sieht man Syphilide gerade dort massig entstehen, wo die nach abwärts gekämmten und gebogenen, scharf geschnittenen und mit allen Toilettekünsten straff erhaltenen Haarspitzen an der Stirnhaut reiben. Ganz dieselbe Rolle spielt das Ekzema seborrhoicum und die Seborrhoe; im Bereich dieser tritt bei einem allgemeinen Syphilid die Bildung der syphilitischen Efflorescenzen viel massiger und grösser hervor, und oft sind diese Stellen allein Sitz des Syphilides. Jene

Affectionen wirken als Reizerscheinungen der Haut eben geradeso wie ein mechanisches, thermisches oder chemisches Irritament. Auch andere Hautveränderungen, welche an der Grenze des Normalen und Pathologischen stehen, können, insofern sie einen Reizzustand des Gefäßsystems der Haut repräsentiren, auf die Entwicklung der Syphilide von Einfluss sein. So namentlich die häufige Erscheinung der *Cutis marmorata* oder der *Livedo calorica*, des bei vielen Menschen zur individuellen Eigenthümlichkeit gehörenden *Lichen pilaris*. Die an solchen Stellen entstehenden Syphilide tragen auch den Charakter ihres Bodens. Seien sie nun maculös oder pustulös, immer sind sie bei *Seborrhoe* von einer fettig aussehenden Schicht bedeckt. Bei maculösen Syphiliden sieht man oft nur einen sehr dünnen schuppigen Ueberzug, bei papulösen und pustulösen eine dicke fettige Schicht, die an den Gneis der Neugeborenen erinnert. Bei gewissen Pat. nimmt das Hautsyphilid an diesen Stellen die Form feingezeichneter Kreise und Bogenlinien an, ähnlich wie das Ekzema *seborrhoicum* der Brusthaut manchmal erscheint. Bei maculösen Syphiliden fällt es oft sehr schwer, die maculösen, auf seborrhoischer Basis entstandenen Syphilisefflorescenzen von dem *circumscrip*ten seborrhoischen Ekzem zu unterscheiden, und Autor hat Fälle genug gesehen, bei welchen nach Ablauf eines solchen Syphilides das zurückgebliebene seborrhoische Ekzem immer wieder antisiphilitisch behandelt wurde, ohne eine Spur von Besserung. Es verhält sich hiermit wie mit den keratotischen Ekzemen der Flachhand, die nach einer *Psoriasis palmaris* und *plantaris syphilitica* zurückbleiben. Sie wurden als *parasyphilitische* Erscheinungen angesehen, von der specifischen Therapie absolut nicht tangirt und stellen eigentlich nur einen Reizzustand der *Vola manus* dar, der den Ausbruch der Syphilide hier provocirt hat, die im *Circulus vitiosus* wieder ihrerseits einen Reizzustand hinterlassen. Die Differentialdiagnose des Ekzema *seborrh.* vom maculösen Syphilid der seborrhoischen Stellen gründet sich hauptsächlich auf das grössere Verwaschensein des ersteren in der Peripherie, auf der matteren Färbung desselben und, wenn es sich nicht um ein seborrhoisches Ekzem, sondern um eine *Seborrhoe* handelt, auf der mehr gelblichen Farbe der *Seborrhoe*, während die Syphilide schärfer, mehr kupferfarbig sind und stellenweise Ansätze zur Bildung von ringförmigen Efflorescenzen oder ausgebildeten Kreisen zeigen. Wichtig ist die Diagnose besonders bei Frauen, wo ja Initialeffect und Infection überhaupt so oft

verborgen bleibt und man nicht selten in der Lage ist, aus dem Exanthem allein die Diagnose zu stellen. Autor sah oft, dass gerade die seborrhoische Decke bei der Diagnose, ob Syphilis oder nicht, das einzige Bedenken erregte, um in richtiger Weise Syphilis zu diagnosticiren. Andererseits hat er wieder öfters Syphilis aus der bekannten Localisation im Gesicht stellen gehört, wo nur ein starkes Ekzema seborrhoicum vorhanden war. Der Arzt muss also diese Verhältnisse kennen und zu beurtheilen verstehen.

(Wiener klin. Rundschau 1902 No. 44.)

- Zu einer **Prophylaxe der Tabes und Paralyse** (und vielleicht syphilitischer Nachkrankheiten und Recidive überhaupt) schlägt Dr. Paul Cohn (Berlin) *periodisch wiederholte Aderlässe* vor. Bei diesen Krankheiten liegen seines Erachtens die spät eintretenden Wirkungen einer chronischen und progressiven specifischen *Dysaemie* auf bestimmte „disponirte“ Abschnitte des Nervensystems vor (er fand eine charakteristische fahle Gesichtsfarbe auffallend früh bei den meisten Tabikern), einer Dysaemie, wie sie sich durch das Verharren der Bakterien im Körper und die dabei immer wieder stattfindende latente Neubildung syphilitischen Giftes ja ausbilden muss, und die schliesslich durch langsame Accumulation des Giftes zu Degeneration bestimmter Abschnitte des Nervensystems führt. Wir müssen also versuchen, das Gift aus dem Körper zu eliminiren, bevor es angefangen hat, seine fatale Affinität zu bestimmten Nervenzellen soweit auszunützen. Für diese rechtzeitige Entfernung der Toxine aus dem Körper giebt es ein recht einfaches Mittel: eben periodisch wiederholte Aderlässe. Abgesehen von dem dabei mit dem entleerten Blute entfernten Quantum lebenden (vermehrungsfähigen) und todtten Toxins findet der bekannte Reiz auf die Neubildung von Blut statt, das neue Blut übernimmt den Kampf gegen die residuirenden Bakterien mit frischen Kräften, eine gesteigerte Giftauusscheidung findet statt. Da Autor in der Tabes und Paralyse nur die endlichen Wirkungen der jahrelangen Toxinaccumulation im Körper sieht, so hält er einen Versuch mit jenem unschädlichen Mittel, zumal bei der Hilflosigkeit der sonstigen Therapie, für motivirt, ja er meint, dass solche in grösseren Pausen ausgeführten Blutentziehungen bei einem syphilitisch durchseucht Gewesenen obligatorisch in die Nachbehandlung aufgenommen werden sollen.

(Dermatolog. Centralblatt 1902, October.)

- Einen **Canülenhalter für intramusculäre Quecksilber-injectionen** empfiehlt Dr. Schourp (Danzig). Mittelst dieses in jede Canüle hineinpassenden Canülenhalters*) wird das Einstechen der Canüle handlicher, das Einsetzen der Spritze erfolgt erst nach Einstich der Canüle, nachdem nachgesehen ist, ob keine Vene angestochen wurde. Der Halter ist 8 cm lang, nach Art eines Nadelhalters, dessen Ende jedoch rechtwinklig abgelenkt ist, und dessen Gabeln in hohl ausgearbeitete Arme endigen. Letztere halten den Canülenansatz durch Schliessung einer am Griff des Halters angebrachten Feder unverschieblich fest, sodass das Aufsetzen der Spritze leicht und fest geschehen kann, ohne die Canüle aus ihrer Lage zu verrücken.

(Dermatolog. Centralblatt 1902, December.)

Tuberculose. Einen **Beitrag zur Diagnose der Lungen-**

Cavernen liefert Dr. H. Cybulski (Görbersdorf). Er schreibt: „Unter den zahlreichen Symptomen, welche uns instandsetzen, sei es durch Auscultation oder durch Percussion, die Anwesenheit von Cavernen gewisser Grösse zu erkennen, habe ich niemals dasjenige, auf welches ich jetzt die Aufmerksamkeit lenken möchte, vorgefunden. Dieses Symptom stützt sich auf die Thatsache, dass das Rasseln, welches in der Caverne entsteht, nicht nur beim Auscultiren wahrzunehmen ist, sondern auch dann, *wenn wir das Ohr dem breitgeöffneten Munde des Kranken nähern und ihn tief athmen lassen*; dann hört man ganz deutlich in der Tiefe der Lungen das Rasseln, dessen Charakter und Grösse vollständig dem entspricht, was man auf gewöhnlichem Wege zu hören vermag. Ich muss nun noch hinzufügen, dass der Charakter dieses Rasselns meist etwas schärfer und deutlicher wahrzunehmen ist; man hört also klingendes Rasseln, metallisches Gargoulement; ebenso Rasseln, welches zwischen klingendem und feuchtem die Mitte hält. Durch gleichzeitiges Auscultiren auf gewöhnlichem Wege ist man imstande, identische Geräusche über der Caverne wahrzunehmen. Von dem feuchten Rasseln, welches in den Luftröhren entsteht, unterscheiden sich diese Geräusche durch den Charakter, sowie durch ihre Localisation. Man ist nämlich sehr gut imstande wahrzunehmen, dass sie aus der Tiefe der Lungen stammen und nicht in den gröberen Luftröhren localisirt sind; dabei weist ihr Caliber auf die Entstehung in feineren Bronchien hin.

*) Hahn & Löchel. Danzig. Preis: Mk. 6.

Dieses Symptom ist ungemein verbreitet; man kann es nämlich fast in jedem Falle von Lungencavernen antreffen, wovon ich mich durch zahlreiches Material überzeugt habe. Dieses Symptom kann einen diagnostischen Werth in jenen Fällen erlangen, wo das Cavernenrasseln durch andere Geräusche verdeckt wird, welche in den umgebenden Geweben entstehen. Dann weisen die Geräusche, welche man auf oben beschriebene Weise wahrnehmen kann, ganz deutlich auf die Existenz von Lungencavernen hin. In einigen ähnlichen Fällen hat sich dieses Symptom vollständig bewährt; denn als das umgebende Gewebe sich ein wenig gereinigt hatte, und man infolgedessen das tieferliegende Rasseln deutlicher hören konnte, nahm man die Existenz von Cavernen wahr, nachdem früher nur bronchiales Rasseln gehört worden ist. — Es wäre überhaupt wünschenswerth, diese Art von directer Auscultation (wenn man sie so nennen darf) öfters anzuwenden. Auch jedes Rasseln, welches in Trachea und Bronchien entsteht (Giemen, Pfeifen u. s. w.), lässt sich auch auf diese Weise wahrnehmen.“

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 44.)

- **Perucognac** wird nach der Arzneitaxe zum Preise von 1,85 Mk. für 100 g ohne Dispensation und Gefäss von dem Apotheker berechnet, wenn er ihn selbst herstellt. 1 Liter = 1000 g echten Dr. Schmey's Perucognacs „Perco“ wird aber vom Fabrikanten an das Publikum für 7 Mk. verkauft, 100 g kosten somit nur 70 Pf. Das Missverhältniss ist aber (nach Monatsschr. f. pharmac. Grossindustrie 9, 1902) noch viel grösser, denn das Publikum erhält von dem selbst darstellenden Apotheker ein viel schlechteres Erzeugniss als von dem, der das Originalfabrikat vertreibt. Der echte Perucognac „Perco“ enthält das Wirksame aus 50 g Perubalsam in 1 Liter Cognac, während die Nachahmung gemäss der Münchener Vorschrift, nach der die Apotheker arbeiten, nur 25 g im Liter enthält. Es ist also rathsam, den echten Perucognac „Perco“ zu verordnen.

(Deutsche Medizinal-Ztg. 1902 No. 92.)

- Eine subcutane Injectionskur mit **Kakodylsäure bei Phthise** wurde, wie Dr. Ed. Allard meldet, bei 19 Pat. der II. med. Universitätsklinik in Berlin versuchsweise durchgeführt, dann aber wieder sistirt, da es sich herausstellte, dass sich die Anwendung nicht verlohnte. Eine Beeinflussung des tuberculösen Processes fand nie statt, ebenso wenig eine solche des Fiebers u. s. w., nur hob sich das

Allgemeinbefinden der Pat., dieselben bekamen besseren Appetit und nahmen an Gewicht zu. Diese Wirkungen wurden aber auch weiter erzielt, als später nur Wasser injicirt wurde. Es war also eine suggestive Wirkung gewesen: Die Pat. sahen, dass etwas Besonderes mit ihnen gemacht wurde, was sie belebte und anregte. Bei weit vorgeschrittenen Fällen kommt natürlich auch diese Wirkung nicht mehr zu Stande.

(Die Therapie der Gegenwart, November 1902.)

- **Geosot** (*Guajacol. valerianic.*) bei T. wandte Privatdoc. Dr. A. Kühn in der Rostocker medicin. Klinik an, und zwar in Kapseln (à 0,2 und 0,4) oder in Tropfenform (mit Tinct. Gent. aa). Nach den Tropfen wurde häufiger über schlechten Geschmack, Aufstossen, Brechreiz geklagt, Beschwerden, welche dann nicht selten durch Aenderung der Dosirung in Kapselform beseitigt werden konnten. Von anderen Pat. konnten die Tropfen auch längere Zeit ohne Beschwerden genommen werden; sie beseitigten sogar in einzelnen Fällen die nach den Kapseln aufgetretenen Magenbeschwerden. Also Individualisiren ist hier wichtig! Im Allgemeinen wurden ja die Kapseln leichter genommen und besser vertragen. Im Allgemeinen wurde jedenfalls Geosot gern genommen und hatte im Ganzen nur geringe Nebenwirkungen. Von 20 Pat. wurde der Appetit, in 7 Fällen nicht, in 3 Fällen vorübergehend, in 10 dauernd gebessert, Nachtschweisse wurden 4 mal günstig beeinflusst, Husten und Auswurf besserten sich in 8 und das Körpergewicht hob sich in 12 Fällen. Einige Male konnte auch Besserung des Lungenstatus constatirt werden. Jedenfalls kommt aber dem Geosot eine *ausserordentlich tonisirende Wirkung auf den Gesamtorganismus* zu, sodass seine Anwendung in nicht zu vorgeschrittenen Fällen von Phthise, ferner bei *chron. Bronchitis*, *Bronchiectasieen* etc., wo Autor ebenfalls günstige Wirkungen sah, durchaus berechtigt erscheint.

(Therap. Monatshefte 1902 No. 11.)

Tumoren. **Mortification und Spontanelimination eines grossen Myoms** beobachtete Dr. G. Schmauch (kgl. Univers.-Frauenklinik Berlin) bei einer 43jähr. Frau, die 2 mal geboren hat, zuletzt 1883. Menstruation ziemlich regelmässig, alle 22—25 Tage, meist aber 8 Tage anhaltend und stets recht heftig. Seit 4 Jahren bei der Periode Abgang von Stücken und heftige Unterleibsschmerzen, doch hat Pat. nie einen Arzt consultirt. Wegen andauernden wässrigen

Ausflusses suchte sie Februar 1902 die Klinik auf. Aeusserst blasse, anaemische Person (Haemoglobin 30%) mit normaler Temperatur. In Nabelhöhe harter, grobhöckriger Tumor zu fühlen, seitlich gut verschieblich; wird als vergrösserter Uterus angesprochen. In der Vagina missfarbenes, fades, aber nicht übelriechendes, wässriges, mit einzelnen Fasern vermischtes Secret. Portio fast verstrichen, Muttermund über 5 markstückgross, scharfrandig; in demselben eine weiche, glatte Masse fühlbar, täuschend ähnlich der schlaffen Fruchtblase in der Geburt. Die Massen hingen frei in die Uterushöhle, der explorirende Finger konnte bei der Grösse des Uterus einen Ausgangspunkt nicht feststellen. Diagnose: Zerfallendes Myom. Die locker sitzenden Massen wurden mittelst gekrümmter, breitbranchiger Zange ohne jede Blutung entfernt, innerhalb 3 Tagen in 3 Sitzungen ca. 400 g. Die mikroskopische Untersuchung des stark serös durchtränkten Gewebes bestätigte die Diagnose. Sublimatspülungen machten starke Koliken, daher weiter Ergotin und Lysolspülungen. Der Uterus verkleinerte sich dabei derart, dass er bei der Entlassung der Pat. (Ende März) nur noch die Grösse eines graviden Uterus von etwa 10 Wochen, Sonde 9½ cm, hatte. Muttermund für Finger nicht mehr durchgängig, normale Portio, Uterus mässig beweglich; Anaemie immer noch stark (Haemoglobin 45 %). Während der ganzen Behandlung gingen spontan, wie auch unter der Spülung, noch fortdauernd Gewebsfetzen ab. Es hatte also ein allgemein myomatöser Uterus vorgelegen mit einem grossen submucösen Myom, dessen Gewicht wohl auf 2000 g zu schätzen ist. Verjauchte Myome werden ja häufig beobachtet, spontane Ausstossung ohne Infection sehr selten. Mechanische, thermische oder chemische Noxen haben in obigem Falle sicher nicht zur Nekrose geführt, sondern es lag hier eine Art anaemischer Nekrose vor, durch allmähliche Aufhebung der Nahrungszufuhr, wie sie bei solchen grossen, submucös sich entwickelnden Geschwülsten, die meist nur durch einen Stiel mit der ernährenden Uteruswand in Verbindung stehen, leicht erklärlich ist. Durch ein excessives Wachsthum wird die Grenze der Ernährungsmöglichkeit überschritten. Die Folge davon sind Circulationsstörungen. Die andauernde ungenügende Blutzufuhr ist bei einer so anaemischen Pat. wohl im Stande, ein relativ festes, nur dem Selbstzweck dienendes Gewebe, wie es ein Fibromyom aufweist, ohne bakterielle Einflüsse zur allmählichen Nekrose zu bringen. Der Ausgang derselben ist aber bei einem solchen die Uterushöhle aus-

füllenden Tumor nicht sofortige Losstossung, sondern, dem allmählichen Verlauf der Nekrobiose entsprechend, langsame Erweichung, ähnlich der Verkäsung des Tuberkels, nur mit dem Unterschiede, dass in obigem Falle keine Coagulation, sondern eine Verflüssigung des Gewebes eintrat. Die zuerst abgestorbenen, wohl central gelegenen Theile werden mit Flüssigkeit durchtränkt, ähnlich wie bei cystisch degenerirten Myomen, und in der Flüssigkeit lösen sich allmählich mehr und mehr Gewebsbestandtheile auf, sodass das Endresultat wie oben ein mit Flüssigkeit gefüllter Sack ist, dessen Wand die am meisten resistente, erst spät der Nekrobiose verfallende Kapsel des Myoms bildet. Dass es weder von der Vagina, noch auf dem Blutwege zu einer Infection der nekrotischen Massen kam, macht diesen Fall aseptischer Gangrän zu einem sehr seltenen Vorkommniss.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1902 No. 45.)

- Dr. Fittig zeigt **5 mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle von Carcinom**, bei denen ein sehr gutes Resultat erreicht ist. *Fall 1:* Pat. von 52 Jahren mit breit ulcerirtem, linksseitigen Mammatumor vom Umfang eines Gänseeies und der Tiefe von ca. 2 cm, mit dem Pectoralis verwachsen. In beiden Achselhöhlen Drüsenmetastasen. Exstirpation derselben sowie eines Stückchens vom Brusttumor zur mikroskopischen Untersuchung. Diese ergab: Carcinoma mammae simplex. Am Tage nach der Operation wurde mit der Bestrahlung des Brusttumors begonnen. Methode: Schutz mit Bleifolien, weiche Röhre, Focusabstand 10—15 cm, Stromintensität 5—7 Amp. Unterbrechungsgeschwindigkeit 2—3. Am 1. Tage 5 Minuten, die 3 folgenden 10 Minuten, den 5. Tag 25 Minuten Expositionszeit. Dann Pause. Schon nach 3 Bestrahlungen waren die vorher aufgeworfenen Ränder des Ulcus abgesunken und der höckrige Geschwürsgrund glatt geworden, sodass der carcinomatöse Charakter des Ulcus nicht mehr zu erkennen war. 1 Monat nach Beginn der Bestrahlung hatte sich, ohne dass eine nennenswerthe Reaction eingetreten war, der Ulcus zum grössten Theile vom Rande her mit Epithel überzogen, und am Tumor war makroskopisch wie auch mikroskopisch nichts mehr zu sehen. Wegen Infiltration über dem lateralen Theil des Ulcus, die aber wohl nur entzündlicher Natur war, wurde noch eine Bestrahlung von 25 Minuten Dauer vorgenommen und Pat. dann entlassen. 3 Monate nach Beginn der Behandlung

völlige Vernarbung; Narbe rosaroth, glatt, weich, gut verschieblich, von Infiltration auch in der Umgebung nichts nachweisbar. Jetzt (fast 2 Monate später) noch kein örtliches Recidiv. Die noch relativ junge Narbe stellenweise wieder aufgebrochen, doch wohl nicht krebsig. *Fall 2:* Frau von 70 Jahren mit Epitheliom der Nase von der Grösse einer Kirsche und derber Consistenz. Mikroskopisch: Plattenepithelkrebs. Hier 16 Sitzungen (wie oben) von 25 Minuten nöthig, um den Tumor zum Schwinden zu bringen, der grosse Widerstandsfähigkeit besass. Die Behandlung erstreckte sich auf einen Monat. 2 Monate nach Beginn der Behandlung völlige Vernarbung; Narbe so vorzüglich, dass sie nur einem aufmerksamen Auge nicht entgeht. *Fall 3:* Frau von 65 Jahren mit etwa 5pfennigstückgrossem, flachem Ulcus rodens der Nase. Mikroskopisch: Plattenepithelcarcinom oder Endotheliom. Nach 7 Sitzungen à 20 Minuten fast völlige Heilung im Verlauf eines Monats. Jetzt, 14 Tage später, sieht man eine noch leicht mit Schuppen bedeckte, aber doch gute Narbe an Stelle des 10 Jahre lang vergeblich medicamentös behandelten Ulcus. *Fall 4:* Pat. von 67 Jahren mit ausgedehntem Ulcus rodens am Auge. Unterlid ganz zerstört, und auch conjunctivale Fläche des Oberlids von Tumor durchsetzt. Mikroskopisch: Plattenepithelcarcinom. Nach drei 20 Minuten dauernden Bestrahlungen war der Tumor am Unterlide und der Wange schon auffällig zurückgegangen, nach 2 weiteren Bestrahlungen von 10 Minuten Dauer geschwunden und bald danach der Defect auch epithelialisirt. Am Oberlid sind bisher in ectropionirter Lage 4 Bestrahlungen von je 10 Minuten Dauer vorgenommen, und auch hier ist jetzt vom Tumor nicht mehr viel zu sehen. Die vorher durch carcinomatöse und entzündliche Infiltration des Oberlids völlig geschlossene Lidspalte ist so weit wieder offen, dass Pat. mit dem Auge sehen kann, und das Sehvermögen, das durch eine pannöse, offenbar durch Reiz des Tumorhöckers am Oberlid entstandene Keratitis stark beeinträchtigt gewesen war, hat sich bereits beträchtlich gebessert. Es ist zu hoffen, dass es sich nach völligem Schwinden des Tumors weiter heben wird, jedenfalls aber wird gegenüber der ursprünglich geplanten Operation mit Entfernung des Bulbus durch diese Behandlung ein wesentlich besserer Erfolg in kosmetischer Beziehung erreicht werden. *Fall 5:* Pat. von 61 Jahren mit 2markstückgrossem Ulcus rodens vor und am Ohr. Plattenepithelcarcinom. Nach 7 in 2 Wochen vorgenom-

15*

menen Bestrahlungen von 20 Minuten Dauer völliger Rückgang des Tumors, dagegen ist bis heute, nachdem die Behandlung schon bald 2 Monate beendet ist, noch keine völlige Vernarbung eingetreten, sodass der Knorpel des Helix immer noch bloss liegt. Bereits epithelialisirte Stellen sind mehrmals wieder aufgebrochen. Dabei ist aber der Grund des Defectes so glatt, dass ein Tumorrecidiv wohl ausgeschlossen ist. Hier hat sich vielmehr ein Röntgengeschwür mit seiner bekannten geringen Heilungstendenz etabliert. Immerhin ist zu erwarten, dass auch hier sich bald völlige Vernarbung einstellen wird. — *Discussion:* v. Mikulicz hat den Eindruck gewonnen, dass die Röntgenstrahlen auf die Carcinomzellen eine Art electiver Wirkung ausüben. Sicher ist, dass sie dieselben viel früher angreifen und zerstören als das bindegewebige Gerüst des Carcinoms. Auf diese Weise sind die geradezu idealen Heilungen in einer Reihe von Fällen, namentlich bei oberflächlichen Carcinomen zu erklären. Durch Ueberdosierung der Röntgenstrahlen werden auch Bindegewebe und Gefässe angegriffen, es kann ein Röntgengeschwür resultiren, das schwer zu heilen ist. Bei tief in die Gewebe greifenden Carcinomen hat die Röntgenbehandlung bisher nur unvollkommene Resultate gegeben. Tomascewski berichtet, dass in der Neisser'schen Klinik ebenfalls im Allgemeinen recht günstige Resultate bei Behandlung von Hautcarcinomen mit Röntgenstrahlen erzielt wurden. Ausnahmsweise kann aber auch eine recht üble Beeinflussung eintreten. In 2 Fällen von Hautcarcinomen kam es zu einer Röntgendermatitis, die sich etwa 2—3 cm über die kranke Hautparthie hinaus erstreckte. Nach Rückgang dieser Hautentzündung sah man, dass sich das Cancroid über den ganzen Bezirk der Dermatitis ausgedehnt hatte, und zwar so schnell, wie es sonst üblich nicht ist.

(Medicin. Section der Schles. Gesellschaft f. vaterländ. Cultur in Breslau, 28. XI. 1902. — Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 102.)

Vermischtes.

- **Kleine Gummiringe zur Druckentlastung schmerzhafter Punkte am Fuss** empfiehlt Dr. Bettmann (Leipzig). Zu den mannigfachen unangenehmen Beschwerden des *Plattfusses* gesellt sich nicht selten eine schmerzhaft Affection der grossen Zehe an der Innenseite derselben, entsprechend dem inneren kleinen Höcker an der Basis der Nagelphalanx, derjenigen Stelle also, welche eine leichte Vorbuckelung bildet und für gewöhnlich auch der Sitz der Hühneraugen an der grossen Zehe zu sein pflegt. Es handelt sich um einen circumscribten entzündlichen Reizzustand des Knochens und der Knochenhaut als Folge abnormen Druckes dieser Stelle beim Gehen und Stehen. Hervorgerufen ist diese abnorme Belastung dadurch, dass der Fuss in solchen Fällen in starker Pronationsstellung sich befindet und der Schlussact der Abwicklung desselben beim Gehen daher nicht über die Unterfläche, sondern mehr über die innere Seitenfläche der grossen Zehe vor sich geht. In einer bestimmten Phase des Gehens beim Erheben der Ferse muss daher dieser vorspringende Höcker den grössten Theil der Körperschwere und den Druck des harten Bodens und des Schuhwerks aushalten und daher schliesslich durch die fortgesetzten mechanischen Reize in jenen Zustand versetzt werden. Dieser kann allein auch durch unzweckmässiges Schuhwerk hervorgerufen werden und steht dann mit dem Plattfuss als solchem nur in indirectem Zusammenhang. Ein solches Gehen ist furchtbar schmerzhaft, oft so sehr, dass bei dem naturgemässen Bestreben, diese Stelle zu entlasten, also den Fuss mehr in Supinationsstellung hinüber zu hebeln, die Supinatoren des Fusses und die Wadenmuskeln in krampfhaft reflectorische Contractur gerathen, unter Umständen bis zu einem Grade, dass das Gehen fast unmöglich werden kann. Dem Autor hat sich nun in solchen und ähnlichen Fällen ein Verfahren, das er auch bei sich selbst ausprobierte, sehr bewährt und meist sofortige Hilfe gebracht: Man nimmt einen kleinen Gummiring, wie er zum Bierflaschenverschluss dient, polstert ihn ein wenig mit Watte und befestigt ihn durch ein paar Heftpflasterstreifen an die Unterseite des Metatarsus der grossen Zehe, ein klein wenig nach vorn vom Köpfchen und etwas mehr nach der Innenseite zu. Man hat nun eine kleine Prothese, die einerseits einen neuen Stützpunkt für den Fuss

bildet, andererseits aber auch den inneren Fussrand hebt und gleichzeitig die grosse Zehe um ihre sagittale Achse etwas nach aussen dreht, wodurch nun wieder die Abwicklung des Fusses über die ganze Unterfläche der grossen Zehe unter Vermeidung der schmerzhaften Stelle möglich wird. Die Schmerzen und krampfhaften Contracturen lassen meist sofort nach. Mit gleichem Erfolg wandte Autor die kleine Bandage auch bei sonstigen schmerzhaften Affectionen des Fusscsceletts an, namentlich im Bereich der Köpfchen der Metatarsi bei der sogen. *Metatarsalgie*. Meist wird es sich hierbei um den II. oder III. Metatarsus handeln, als den vorderen Stützpunkt des Fusses. In einem solchen Fall klebte Autor den Ring an dieselbe Stelle wie oben an und erzielte sofortige Druckentlastung und Schmerzlosigkeit beim Gehen. Im einzelnen Falle muss man natürlich individualisiren und erst die richtige Stelle für den Ring herausprobiren. Bei der *Morton'schen Krankheit*, bei welcher es sich um eine anfallsweise auftretende Schmerzhaftigkeit meist am Köpfchen des IV. Metatarsus handelt, dürfte das Verfahren ebenfalls von Nutzen sein.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 47.)

— Gegen **Erbrechen** empfiehlt Soupault Chloroform in folgenden Combinationen:

Rp. Chloroform.

Tct. Jodi. aa 5,0

S. 5 Tropfen auf Zucker nach der Mahlzeit
(wenn Neigung zur Uebelkeit besteht).

Bei schwerer *Gastralgie* empfiehlt er:

Rp. Cocain. hydrochlor. 0,05

Aq. chloroform.

Aq. dest. aa 50,0

S. 2stündl. 1 Esslöffel

oder:

Rp. Cocain. hydrochlor. 0,05

Menthol, 0,1

Alcohol q. s. ad solut.

Aq. chloroform.

Aq. Cort. aur. aa 75,0

S. 2stündl. 1 Esslöffel.

(Bull. therap. 15. X. 02. — Berliner klin. Wochenschr. 1902 No. 51.)

— **Neue Apparate***) empfiehlt Dr. H. Gloeckner (Berlin):

1) Eine *Milchpumpe mit Glasballon*, an welchem ein mit Glashahn armirtes Glasrohr angebracht ist, wodurch die abgezogene Muttermilch vermittelt eines auf die Glasröhre befestigten Schlauchstückes dem Kinde direct zugeführt, oder aber bequem und sauber in eine Saugflasche übergefüllt werden kann. — 2. Eine *geschlitzte Uterushohlsonde*. Dieselbe stellt ein nach Art der dickeren Uterussonden gebogenes Rohr dar, welches, von der Spitze an gerechnet, 7 cm weit mit einem spiralförmig verlaufenden, breiten Schlitz versehen ist, wodurch ein sicherer Abfluss im Uterus befindlicher Flüssigkeiten beim Sondiren bewirkt wird, z. B. nach Uterusinjectionen etc.

(Centralbl. f. Gynaekologie 1902 No. 51.)

- Ueber **subcutane Paraffininjectionen**, wie sie von seinem Chef Gersuny ausgeführt zu werden pflegen, berichtet Dr. L. Moszkowicz (Rudolfinerhaus in Wien). Gersuny hat bekanntlich vor $3\frac{1}{2}$ Jahren die 1. derartige Injection ausgeführt, seitdem haben schon zahlreiche Aerzte die Methode benutzt, und es steht nun fest, dass Paraffin subcutan einverleibt, reactionslos einheilt, und dass es zur Herstellung der mannigfaltigsten subkutanen Prothesen geeignet ist. Gersuny verwendete von Anfang an Vaseline, d. h. Paraffin von einem Schmelzpunkt zwischen $36-40^{\circ}$, das bei Zimmertemperatur die Consistenz von *Axungia porci* hat und sich *kalt* durch die feinste Nadel spritzen lässt, und er ist bis heut dabei geblieben. Andere haben härteres Paraffin, d. h. solches, das erst bei höheren Graden als 40° schmilzt, dafür empfohlen, vor allem Eckstein. Autor möchte aber im Allgemeinen davon abrathen, härteres Paraffin zu benutzen, da die Injectionen damit sehr mühsam sind und gar kein Grund vorliegt, von der ursprünglichen Methode abzuweichen. Eckstein wirft dem weicheren Paraffin vor, dass es: 1. resorbirt wird, 2. den Ort der Injection verlassen kann, 3. Embolien bewirken kann. Alle 3 Gründe sind nicht stichhaltig. In den $3\frac{1}{2}$ Jahren ist nie etwas von Resorption bemerkt worden, und Autor muss nach seinen Beobachtungen überhaupt annehmen, dass Paraffin beim Menschen nie resorbirt wird. Eine Verschiebung des Vaselinepots in lockerem Gewebe ist gewiss möglich. In den Gewebsspalten kann sich jeder Fremdkörper verschieben, und äusserer Druck, Muskel-

*) Medicin. Waarenhaus in Berlin.

bewegungen u. s. w. müssen das begünstigen. Aber warum sollte ein härteres sich weniger leicht verschieben? In der ersten Zeit muss jedes Paraffindepot vor Traumen bewahrt werden. Schon nach 2 Wochen jedoch scheint das Vaseline durch die Reaction des Nachbargewebes fixirt zu werden; dann ist es auch nicht mehr durch Kneten zu beeinflussen. Embolien kommen freilich bei den Injectionen vor, aber sowohl beim weichen, wie beim harten Paraffin, falls man unvorsichtig ist. Man muss hier eben stets zu verhindern suchen, dass man in eine Vene injicirt. Am besten schützt man sich dadurch, dass man vorher Schleich'sche Lösung injicirt und dann aspirirt; kommt hierbei Blut in die Spritze, so steckt die Nadel in eine Vene, andernfalls lässt man die Nadel stecken und ersetzt die Spritze durch eine mit Paraffin gefüllte. Damit entfallen alle Gründe, die gegen das Vaseline zu Gunsten der Anwendung der höher schmelzenden Paraffinsorten angeführt werden. Gegen letztere lässt sich aber vieles anführen. Sie müssen flüssig und heiss injicirt werden; sind sie zu heiss, setzt es Verbrühungen, sind sie zu kühl, dann erstarren sie, verlegen die Nadel u. s. w. Das allein führt zu grossen Unzuverlässigkeiten, ganz abgesehen davon, dass Vaseline für fast alle Zwecke genügt. Es wird das in den Apotheken erhältliche weisse verwandt, das man behufs Sterilisation in einem Porzellanschälchen über der offenen Flamme erhitzt, bis es siedet. Nun lässt man es abkühlen und aspirirt es noch flüssig in die Spritze; man setzt die Nadel auf, legt die Spritze in Alkohol oder eine antiseptische Lösung, und erst wenn das Vaseline erstarrt ist (erscheint dann getrübt in der Glasspritze!) und als feiner Faden heraustritt, injicirt man. Da man mit der linken Hand durch Fingerdruck das Gebiet begrenzen soll, in dem die Ausbreitung des Vaselins erwünscht ist, bedient man sich am besten einer mit der rechten Hand allein benutzbaren Spritze, die also einen Querbalken zum Gegendruck gegen den den Spritzenstempel vorschiebenden Daumen besitzt. Ferner muss die Kanüle an der Spritze befestigt, jedoch nicht aufgeschraubt sein, damit sie durch den Innendruck nicht abgehoben werde, am besten ist eine Bajonettverschiebung. Nur wo es auf unmittelbare Erzeugung sehr harter Depots ankommt, da kann man zum Hartparaffin greifen. Das Vaseline erzeugt, wenn es durchwachsen wird, knorpelharte Tumoren, sodass es vom Hartparaffin nicht zu unterscheiden ist. Das kann mitunter ein Nachtheil sein. An den Backen z. B. bei Hemiatrophia faciei

wirkt ein harter Knoten unangenehm. Gersuny injicirte hier ein Gemenge von 1 Theil Vaseline und 4 Theilen Olivenöl, von dem Gedanken ausgehend, dass nach Resorption des Oels das Vaseline in feinerer Vertheilung zurückbleiben müsse. Das bestätigte sich auch: der erzeugte Tumor ging nach der Resorption des Oels zurück, es blieben Vaselineinseln zurück, die durch ihre geringe Grösse und gleichmässige Vertheilung einen schönen Effect hervorbrachten. Am häufigsten wurden die Paraffininjectionen bei *Sattelnasen* ausgeführt (25 Fälle); der Erfolg war stets der erwünschte und von Dauer. Die dankbarsten Fälle sind jene, bei denen dem unteren Ende der Nasenbeine entsprechend eine Einsenkung besteht, die sich leicht ausgleichen lässt, wenn man die Haut am Nasenrücken in einer Falte emporhebt. Wo dies möglich, gelingt es auch leicht, ins lockere subcutane Gewebe Vaseline zu injiciren. Meist genügt *eine* Injection, event. nach 1 Woche eine zweite. Man sticht an der Nasenwurzel ein und führt die etwas gebogene Nadel im subcutanen Gewebe bis unter die eingesunkene Stelle, wo die linke Hand die Haut in einer Falte hebt und seitlich zusammendrückt, während die rechte injicirt. Um einen schmalen Nasengrat zu erreichen, lässt man das Vaseline allmählich heraustreten, während die Nadel langsam zurückgezogen wird. Man hüte sich vor intracutaner Injection, bei der es zur Schwellung und Röthung kommt: Bei 3 Fällen von *Hemiatrophia faciei* wurde ein vortreffliches kosmetisches Resultat erzielt (s. oben), *narbige Einziehungen* aller Art wurden wiederholt ins richtige Niveau gehoben (z. B. die nach Operation zurückgebliebenen Einziehungen bei Lymphomen des Halses!). Die Injectionen stellten einen Ersatz für den fehlenden oder mangelhaften *Sphincter vesicae* und *ani* her, nach Operationen von *Gaumenspalten* wurde mehrfach durch Injection in die hintere Rachenwand bedeutende Besserung der Sprache erzielt (durch das Vorrücken der Rachenwand konnte das zu kurze Gaumensegel leichter an diese herangezogen werden, sodass ein besserer Abschluss gegen die Nasenhöhle zu Stande kam). So stellen diese Injectionen eine werthvolle Bereicherung unserer Therapie dar.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 2.)

- Herr Dr. Rhoden (Lippspringe) schreibt uns: „**Dermosapol** (Leberthranseifenbalsam), dargestellt von der Engel-Apotheke Mülheim (Ruhr) erwirbt sich, nachdem derselbe in ersten Kliniken als Salbenbasis vielfache Verwendung ge-

funden hat, immer grössere Anerkennung. Die hervorragendste Eigenschaft des Dermosapol ist die sehr grosse Resorptionsfähigkeit. Dermosapol wird unter geringem massirenden Einreiben von der Haut sofort aufgenommen, wobei nur eine leichte Fettschicht auf der Haut zurückbleibt. Dermosapol reizt die unverletzte Haut niemals, ausserdem ist insbesondere seine entzündungswidrige, auflösende und zertheilende Wirkung bei Hautkrankheiten hervorzuheben. Salben, die mit Dermosapol verarbeitet sind, haben einen ungleich schnelleren Effect, als Salben mit Lanolin, Vaseline, Resorbin und anderen Basen. So hat das 10 %ige Lysoform-Dermosapol eine ausserordentliche Wirksamkeit bei scrophulös-tuberculösen Affectionen der Haut. Manche ziehen 5 %iges Jodkali- und 5 %iges Peruojodkali-Dermosapol vor. Eine grosse Anerkennung hat sich Ichthyolsalicyl-Dermosapol unter den Dermatologen erworben, da in der Salbe die keratolytischen und gefässcontrahirenden Wirkungen des Ichthyols und die resolvirenden des Salicyls zur Geltung kommen. Spezielle Verwendung findet Dermosapol zur Inunctionscur bei scrophulösen und tuberculösen Drüsen. Gute Erfolge wurden besonders mit 5 %igem Jodkali-Dermosapol hierbei erzielt. Dermosapol wird noch mit Hg verarbeitet und zur Schmierkur verwendet; das Präparat ist elegant, sauber und höchst wirksam. Endlich werden die Vaginalsuppositorien mit Lysoform- und mit Ichthyolsalicyl-Dermosapol erfolgreich in der Gynaekologie verwerthet.“

- Ueber **Bromipinklystiere, besonders in der Kinderpraxis**, lässt sich Dr. A. Rahn (Krippen a. Elbe) aus. Derselbe wandte Merck's 10 %iges Bromipin in dieser Form bei Kindern viel an, und zwar in folgenden Dosen: bei Säuglingen so viel g, wieviel Monate sie zählen, bei Kindern über 1 Jahr 10—12—15 g, bei älteren 25—30 g. Diese Dosen rührt man mit $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ Tasse lauen Thees (am besten Leinsamen- oder Moosthee) oder Milch und Thee ein, taucht in diese ölige Flüssigkeit eine Gummicanüle von grauem Patentgummi und 12 cm Länge und höchstens $\frac{1}{4}$ cm Durchmesser ein, lässt die Kinder sich auf die linke Seite bei angezogenen Beinen legen und spritzt dann die Lösung ein oder lässt sie einlaufen. Bei jeder Form von *Eclampsie* bewährten sich diese Klystiere sehr, indem die Wirkung schon nach 10 Minuten eintrat. Die Kinder schliefen ruhig und für lange ein und erholten sich seelisch und körperlich rasch. Bei *Keuchhusten* bewirkten Klystiere (früh und abends)

bedeutenden Nachlass der Anfälle an Zahl und Intensität. Bei *Atrophie der Säuglinge*, wo letztere fortdauernd wimmern und schreien, erwies sich Bromipin als zuverlässiges Sedativum, als Tonicum und, infolge seines Gehaltes an Sesamöl, auch als Nutriens. In drei Fällen von *Brechdurchfall* mit Erscheinungen von acutem Hydrocephaloid schienen das Schlucken, die Unruhe das jähe Aufschreien u. s. w. sich zu bessern. Endlich bewährten sich die Klystiere ausserordentlich bei *rhachitischen* Kindern, um das echauffirte Athmen, Geifern und Röcheln zu beruhigen.

(Die Therapie der Gegenwart 1903 No. 1.)

- **Der Werth des Roborats für Nervenkrankte** ist nach Dr. W a n k e (Friedrichsroda i. Th.) ein hoher. Bei den so häufig an Verdauungsstörungen leidenden Nervenkranken wird es mit bestem Erfolge als Unterstützungsmittel der Kur herangezogen, und hat sich das reine, leicht verdauliche, reizlose Nahrungsmittel dem Autor gut bewährt bei den verschiedensten Formen der *Neurasthenie* und aller verwandter Zustände, zu denen er auch die Schwächezustände nach entkräftigenden Krankheiten, Operationen etc. rechnet. Roborat hat aber noch einen speciellen Werth für eine Gruppe von Krankheiten, da es ganz frei ist von Harnsäurebildnern, an welchen ja Fleisch und Eier, auch Hülsenfrüchte, Kaffee, Cacao u. s. w. reich sind. Bei Affectionen also, die mit Harnsäureüberladung des Organismus einhergehen, harnsaurer Diathese, Arthritis urica, gewissen Nierenleiden ist Roborat ein wichtiger Nährfactor, ebenso bei *Epilepsie*, die sicher mit einer Harnsäureüberladung des Organismus, speciell des Gehirns in einem gewissen Zusammenhange steht. Fleisch, Fleischsaft, Fleischextracte, Bouillon etc. wirken auf das Gefässnervensystem erregend ein und rufen nicht selten epileptische Insulte hervor. Es handelt sich hierbei neben der Harnsäure um saures phosphorsaures Kali, um Fleischbasen, besonders Kreatin und Kreatinin. Diese Stoffe spielen auch bei uraemischen und eclamptischen Anfällen eine Rolle, die wahrscheinlich mit den epileptischen verwandt sind. Alle jene Reizmittel kann man nun bequem aus der Kost eliminiren, wenn man neben Milch und deren Präparaten, Käsen, Brodstoffen, Nüssen, Gemüse, Früchten das Roborat als vorzüglichen Ersatz für Fleischkost darreicht. Thatssächlich hat Autor auch auf diese Weise bei Epilepsie und anderen Nervenleiden schöne Erfolge erzielt. lästige Beschwerden beseitigt.

(Aerztl. Rundschau 1902 No. 52.)

- **Kakao-Codein-Tabletten** stellt jetzt, wie Dr. Körner (Magdeburg) mittheilt, die Firma E. Merck dar, und zwar mit 0,03 und 0,05 Codein. Da die Tabletten, die recht klein und leicht sind, in der Mitte halbt sind, kann man 4fache Dosirung vornehmen. Die Tabletten erleichtern die Ordination des so überaus sich in der Praxis als nützlich erweisenden Codeins ausserordentlich. (Therap. Monatshefte 1903 Nr. 1.)

- Ueber **Nicolicin**, ein *angebliches Heilmittel des chron. Morphinismus*, sprechen sich Prof. Dr. Bernhard Fischer und Dr. B. Wagner (Breslau) sehr absprechend aus. Nachdem bereits vor einiger Zeit nachgewiesen worden ist, dass Dr. Fromme's *Antimorphin* (von welchem 60 ccm 18 Mk. kosteten!) als wesentlichen Bestandtheil Morphin enthält, haben die Autoren jetzt evident nachgewiesen, dass auch das von der „Chem. Fabrik Nicolai in Jüchen und Düsseldorf“ hergestellte Nicolicin (Preis für 100 ccm Mk. 12!) als wirksamen Bestandtheil Morphin enthalte, und zwar zu 3%. Damit ist auch diesem angeblichen Mittel gegen den Morphinismus das Urtheil gesprochen. (Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 51.)

- **Praktische Erfahrungen mit dem Röntgeninstrumentarium „System Dessauer“, Aschaffenburg** lassen Dr. v. Gosen (städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.) zu dem Schlusse gelangen: „Die Dessauer'schen Apparate mit kleinen Inductorium bei Wechsel- oder Gleichstrombetrieb, sind wohl dazu geeignet, Extremitätenbilder und leidlich brauchbare Thoraxbilder zu liefern, versagen jedoch bei dem Versuche, eine Beckenaufnahme anzufertigen.“ (Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 51.)

- Zur **Sauerstofftherapie** giebt Prof. Fr. Kraus (Berlin) seine Ansichten kund. Soweit sich die Angaben Michaelis auf *dyspnoische Zustände infolge von Stenosirung der oberen Luftwege* beliebiger Art, auf Dyspnoe in Folge von gewissen *Bronchitiden*, selbst auf *Emphysem* beziehen, stimmt er auf Grund zahlreicher früher gemachter Erfahrungen zu. Bei Pneumonie sah er fast nur schlechte Erfolge, auch den Totenkampf erleichtert O₂-Inhalation nicht. Bei Tuberculose ist letztere ebenfalls in den allermeisten Fällen nutzlos. Bei *Insufficiencia et Dilatatio cordis* aus verschiedenen Ursachen bringt sie öfters Erleichterung. Nie sah aber Autor Cyanose wirklich schwinden, trotz subjectiv verbesserter Athmung. Von *anhaltender* Hebung des Pulses kann nicht die Rede

sein. Bei gewissen *Vergiftungen* ist der Werth der Sauerstofftherapie nicht zu bezweifeln (Kohlenoxyd-Intoxication). Bei Coma infolge Morphinumvergiftung zieht Autor weitaus Tracheotomie und künstliche Athmung (über 24—36 Stunden fortgesetzt) vor. Bei Anaemie ist die Inhalation nutzlos, ebenso bei Leukaemie, Diabetes u. dgl. Es giebt also für den Autor hauptsächlich *eine* Indication zur Sauerstoffinhalation: Stenosirung der Luftwege. Flache Athmung betrachtet er bloss als bedingte Anzeige, im schweren Coma mit Aussicht auf Wiederherstellung zieht er meist künstliche Respiration vor. Es ist klar, dass unter solchen Umständen die Sauerstoffaufnahme gesteigert werden kann, wenn die in ungenügender Menge zu den Alveolen gelangende Luft sauerstoffreicher gemacht wird.

(Die Therapie der Gegenwart 1903 No. 1.)

- Eine **zerlegbare und sterilisirbare Injectionsspritze**, hergestellt von J. & H. Lieberg (Kassel), empfiehlt Dr. Helmbold (Danzig). In einen dicken Glaszylinder passt ein massiver Glasstempel; für die Canüle dient als Ansatzstück ein kleineres, starkes Glasröhrchen, welches ebenfalls in den Glaszylinder passt und einen überall gleichweiten Durchlasscanal besitzt. Um ein Herauspressen des Einsatzstückes zu vermeiden, ist eine Armatur hergestellt worden, welche jenes Herausfliegen unmöglich macht und zugleich eine gute Handhabe bildet. So genügt die (in allen Grössen hergestellte) Spritze allen Anforderungen.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 51.)

Bücherschau.

- Nunmehr liegt auch der 2. Theil vom **Reichs-Medicinal-Kalender** (Leipzig, G. Thieme) vor, wie stets ungeduldig erwartet von zahlreichen Collegen, die in dem stattlichen Bande sich Auskunft zu suchen pflegen über die Personalien der Civil- und Militärärzte, Medicinalbeamten und Sanitätsbehörden, über sanitäre Gesetze und Erlasse, über Entscheidungen der Behörden, Gerichten u. s. w. Alle diese Abschnitte sind wieder mit grosser Sorgfalt bearbeitet worden, sodass man sicheren Aufschluss über alles Gesuchte erhält.

- Nach längerer Pause ist wieder ein Band (XXIX) von Lehmann's **Medicin. Handatlanten** (Verlag von J. F. Lehmann, München) erschienen: *Atlas und Grundriss der allgem. Diagnostik und Therapie der Nervenkrankheiten* von Dr. W. Seiffer (Preis: Mk. 12). Derselbe konnte seiner Arbeit das reiche und vielseitige Material der Berliner Charité-Nervenklinik zu Grunde legen und hat dies in Wort und Bild auf das Beste verwerthet. 26 farbige Tafeln und 264 Textabbildungen in idealer Ausführung, wie wir es bei den Lehmann'schen Atlanten ja gewohnt sind, führen dem Leser alles Sehenswerthe in deutlichster Weise vor Augen; dazu der Text, in dem der Autor seine reichen Erfahrungen mit Vorführung vieler Casuistik stets anschaulich und präcis niedergelegt hat, — kurz ein Buch, auf das Verfasser und Verlag stolz sein können, ein Buch, dessen Anschaffung dem Arzte warm zu empfehlen ist.

- Prof. O. Rosenbach hat seine Abhandlungen über bacteriologisch-klinische und hygienische Probleme gesammelt und unter dem Titel **Arzt c/a Bacteriologe** (Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin. Preis: Mk. 7) herausgegeben, ein dankbares Unternehmen in einer Zeit, wo man doch hie und da schon die Uebergriffe der „Nichtalsbacteriologen“ abzuwehren und die durch letztere erzeugten Schäden zu erkennen beginnt. Rosenbach hat als einer der ersten seine Stimme gegen diese Uebergriffe erhoben, er hat es früh gewagt, schwierige Probleme, unbeeinflusst von fascinirender Tagesmeinung, an der Hand der Erfahrung von möglichst vielen Gesichtspunkten zu erörtern, auf den Boden der Wirklichkeit, d. h. der täglichen Praxis, zurückzuführen. Seine Ansichten begegneten Zweifeln, Unterstellungen, eisigem Schweigen, und erst jetzt bahnt sich das Verständniss an. Die Aufsätze des geistreichen Schriftstellers und erfahrenen Arztes werden daher jetzt gewiss freundliche Aufnahme finden und auch die Anerkennung, die sie verdienen, auch seitens derjenigen, die nicht gleich so radical vorgehen, wie der Autor selbst, dessen Ansichten ja in manchen Punkten auch von denen, die ihn sonst verstehen, nicht immer gut geheissen werden können. Jedenfalls haben wir ein höchst fesselnd geschriebenes Buch vor uns, das jedem Leser mannigfache Anregung bietet.

- Der **Grundriss der gesamten Radiotherapie** von Dr. L. Freund, der jüngst erschienen ist (Urban & Schwarzen-

berg, Wien und Berlin. Preis: Mk. 10) ist das Werk eines Mannes, der sich seit Jahren theoretisch und praktisch intensiv mit allen Zweigen der Radiotherapie beschäftigt hat und daher wohl berechtigt ist, dem Praktiker einen derartigen Grundriss zu unterbreiten. In der That ist das mit 110 Abbildungen und einer Tafel versehene Buch als ein sehr brauchbares zu bezeichnen. Als Hauptabschnitte figuriren: Elemente der Elektrizitätslehre, die Behandlung mit Hochfrequenzströmen, die Behandlung mit X-Strahlen, Becquerelstrahlen, die Behandlung mit Wärme- und Lichtstrahlen (Phototherapie). In allen diesen Capiteln erörtert der Verfasser in klarer Weise alles Wichtige unter Zugrundelegung der eigenen reichen Erfahrungen und des in der Literatur Niedergelegten, sodass das Werk seinen Zweck, dem Praktiker als Lehrbuch zu dienen, durchaus erfüllt. Die Ausstattung ist eine lobenswerthe.

- Vor uns liegt ein Exemplar des ersten Doppelheftes der „**Mittheilungen der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten**“. In demselben befinden sich ausser dem Aufruf zur Begründung der Gesellschaft, deren Statuten sowie die Verhandlungen der constituirenden Versammlung im Bürgersaale des Rathhauses zu Berlin am 19. October 1902 ausführlich wiedergegeben. Ziele und Arbeitsplan der Gesellschaft sind aus diesen Verhandlungen klar ersichtlich. Wie ebenfalls aus dem Inhalt der „Mittheilungen“ zu ersehen ist, hat die Gesellschaft in der kurzen Zeit ihres Bestehens einen unerwarteten Aufschwung genommen, und da sie sich der Förderung der höchsten Reichs- und Staatsbehörden in hohem Maasse erfreut, so ist zu erwarten, dass sie in der nächsten Zeit auf diesem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege eine führende Rolle spielen wird. Wir bemerken noch, dass die „Mittheilungen“, welche den Mitgliedern der Gesellschaft unentgeltlich zugehen, auch durch den Buchhandel zum Jahrespreis von 3 Mk. zu beziehen sind. Sie erscheinen bei der bekannten Verlagsbuchhandlung von Johann Ambrosius Barth in Leipzig.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann in Leipzig.

Zur Aetiologie und Pathologie der Anginen, der Stomatitis aphthosa und des Soors.

Von Prof. Dr. M. Stooss in Bern.

Preis M. 3.20.

Ueber Dementia senilis.

Von Dr. Jean Noetzli.

Preis M. 1.60.

**Klinische
Beiträge zur Flammentachographie.**

Mit 2 Tafeln in Photogravüre.

Von Dr. Rüedi.

Preis M. 3.20.

Ophthalmoskopische Studien.

Mit 4 farbigen Tafeln.

Von Dr. A. Siegrist.

Preis M. 2.40.

**Functionsprüfungen
der Netzhautperipherie.**

Lichtsinnperimetrie.

Von Dr. Senn.

Preis M. 3.20.

Ueber Paget's Krankheit.

Von Dr. R. Lindt.

Preis M. 2.40.

Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

März •

XII. Jahrgang

1903.

Die früher erschienenen elf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

Anaesthesie, Narkose. Anaesthesin benutzte Dr. A.

Kennel (Darmstadt) extern und intern, extern (1 mal in Substanz, 2 mal als 10%ige Salbe) bei 3 Fällen von *Combustio*; es schwand rasch der Schmerz und die Wunden heilten rasch ab. Intern wurde es (3—4 mal tägl. 1 Pulver, à 0,5 oder 0,75) bei 15 Fällen von *Cardialgie* (infolge von Hyperacidität, *Ulcus ventriculi* u. dgl.) verabreicht, und zwar ebenfalls mit Erfolg. „Soweit meine wenigen Beobachtungen ein Urtheil möglich machen, scheint das Anaesthesin einer weiteren Prüfung als Heilmittel würdig und im Stande zu sein, die Anwendung narkotischer Mittel in einer Reihe von Fällen entbehrlich zu machen.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 52.)

— **Acoïn in der Zahnheilkunde** empfiehlt Zahnarzt Nipperdey (Gera). Er wendet seit Monaten fast täglich 2%ige

Lösung an, mit der er sehr zufrieden ist. Er benutzt sie körperwarm; wenn er sie vor jedem Gebrauche in einem Reagensglase auskocht, so wird sie durch das Umgießen und Einfüllen in die Spritze wesentlich abgekühlt und hat bald die richtige Temperatur. Vor der Injection reinigt Autor die Umgebung und desinficirt die Schleimhaut mit Lysol ($\frac{1}{2}\%$) oder Seifenspiritus, wischt dann die Schleimhaut mit einer 20%igen Cocainlösung in Sublimat (1:5000) ab, um die Einstiche weniger fühlbar zu machen, und injicirt dann an 2—4 Stellen buccal und palatinal ins Zahnfleisch der zu extrahirenden Zähne einige Tropfen. Man sieht genau zu, wie weit sich die Schleimhaut verfärbt und erkennt so, ob man noch mehr Einstiche nöthig hat; eine Spritze voll Flüssigkeit reicht meist für mehrere Extraktionen aus. Wesentlich zum Gelingen ist die Spritze; eine recht gute liefern Ash & Sons (Berlin). Die Lösung ist im Dunkeln sehr lange haltbar. „Soweit ich die Sache bis jetzt zu überschauen vermag, ist das Acoin für uns Zahnärzte ein Anaestheticum, wie wir es uns kaum besser wünschen können, welches selbst bei acuter Periodontitis tadellos wirkt“.

(Deutsche Monatsschrift f. Zahnheilk. Novemb. 1902.)

- **Acoin für zahnärztliche Operationen** lobt auch Zahnarzt Bab (Berlin). Er benutzt folgende Lösung, welche an Wirksamkeit einer 5%igen Cocainlösung gleicht:

Rp. Acoin.
Cocain. mur. aa 0,5
Natr. chlorat. 0,8
Phenol. 0,2
Aq. dest. ad 100,0

Er erzielte freilich nicht in allen Fällen absolute Schmerzlosigkeit, kann aber das Acoin wegen seiner Ungefährlichkeit, seines starken Anaesthesirungsvermögens, seiner Haltbarkeit, seines billigen Preises als werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes nur warm empfehlen.

(Sep.-Abdr. aus „Wiener Zahnärztl. Monatsschrift“.)

- Ueber **Narkosen mit dem Schleich'schen Gemisch I** berichtet Prof. v. Winckel (München). Dieses Gemisch (bestehend aus Aethylchlorid 2, Chloroform 4, Aether. sulfur. 12 Th.) hat Schleich selbst bei über 5000 Narkosen mit bestem Erfolge verwandt. v. Winckel dagegen war damit gar nicht zufrieden. Er machte 100 Narkosen damit, beobachtete diese so exact als möglich und verglich sie mit anderen Narkosen, aber er wurde kein Freund dieser Methode. Er

schliesst seine Betrachtungen mit den Worten: „Auch unterliegt es wohl nicht dem mindesten Zweifel, dass die mit unangenehmen Einwirkungen verbundenen Aethernarkosen geringer an Zahl und viel leichter als die mit Schleich's Narkosengemisch I waren, und so kommen wir denn auf Grund aller unserer Erfahrungen endlich zu dem Schlusse, dass das Narkosengemisch I von Schleich vor dem Aethergebrauch mindestens keine wesentlichen Vorzüge hat, dass bei demselben bedrohliche Zustände sogar noch häufiger, wie bei diesem eintreten, trotzdem die Zeit und das Quantum des Verbrauchs geringer, wie bei letzterem sind.“

(Münchener med. Wochenschrift 1908 No. 1.)

Antisepsis, Asepsis, Desinfection. Eine **Vorrichtung zum aseptischen Selbstcatheterismus ausser dem Hause** hat Dr. W. Hirt (Breslau) construiert. Diese Vorrichtung*) ist ja etwas complicirt gebaut, aber sie ist zweckmässig, und auch weniger intelligente Pat. erlernen rasch ihren Gebrauch.

(Centralblatt f. Chirurgie 1902 No. 50.)

— **Sterilisirbarer Behälter für eingefädelte Nadeln** von Dr. H. Eckstein (Berlin). Der sehr praktisch eingerichtete Apparat (geliefert von Lütgenau & Co., Berlin, Ziegelstr.), der für 24 Nadeln bestimmt ist, giebt die Möglichkeit, jederzeit, in der Sprechstunde, Nachts. in der Landpraxis, sofort sicher steriles Nahtmaterial zu verwenden.

(Centralblatt f. Chirurgie 1902 No. 51.)

— **Jodoform-Calomel** (zu gleichen Theilen) hat Dr. M. Fasching (Krems a. D.) als vorzüglich wirkendes Antisepticum kennen gelernt, das bei weitem dem reinen Jodoform vorzuziehen ist. Hauptsächlich bewährte es sich in der kleinen Chirurgie, also bei *Panaritien, Phlegmonen, Abscessen, Furunkeln, Bubonen, Caries* u. s. w. Autor hat bisher 250 Fälle so behandelt. Er streut erst Calomel (*via humida* oder *vapore paratum*) mit einem feinen Haarpinsel ein, sodann Jodoform (nicht das fertige Gemisch!); in Höhlenwunden reibt er die Pulver mittelst einer mit steriler Watte oder Gaze umwickelten Kornzange oder Pincette ein. Schwere Eiterungsprocesse sind die eigentliche Domäne der Behandlungsmethode, die sich aber auch sonst vortrefflich bewährte. Bei *frischen Wunden* schiessen bald schöne Granulationen auf, bei *Quetschungen* stossen die necrotischen Theile sich ungemein

*) Hergestellt von Georg Härtel in Breslau.

rasch ab. Das Pulvergemisch verhindert sehr schön die lästige Verklebung der Tampons mit den Wunden. Bei *vereiternder Lymphadenitis*, sowie bei *scrophulösen Lymphdrüsenabscessen* wirkt das Mittel geradezu specifisch, ebenso bei *Caries* und *tuberculösen Knochenaffectionen*. Auch die desodorisirende Wirkung ist oft eclatant. Geradezu ideale Heilerfolge erreichte Autor bei *Ulcus cruris*, wo zuerst Linderung der Schmerzen bewirkt wurde, sodann rasche Ueberhäutung und Heilung. Auch bei *Ulcus molle* und *Ulcus durum* that das Gemisch recht oft seine Schuldigkeit.

(Wiener med. Presso 1903 No. 1.)

— **Ueber die Verwendbarkeit des Lysoforms in der geburtshilflichen und gynaekologischen Praxis** sprach Hammer (Würzburg) und fällte ein vernichtendes Urtheil über dieses ungiftigste, aber auch schwächste Antisepticum. Seine Versuche ergaben, dass bei Einwirkung einer 3 und 5%igen Lösung erst nach 1 Stunde bei Milzbrand und Staphylokokken minimale Wachsthumshemmung eintrat, während auf Coli auch nach dieser Zeit eine Einwirkung vollständig ausblieb. Auch die Versuche Anderer fielen nicht ermuthigend aus, sie wurden immer schlechter, je näher man die Bedingungen der Wirklichkeit herstellte. Selbst 5%ige Lösung ergab nach stundenlanger Einwirkung unter günstigen Verhältnissen keine sicheren Resultate. Lysoform ist eben ein sehr schwaches Desinficiens, das für den Geburtshelfer nicht verwendbar ist. Wo hat dieser so lange Zeit, um die Wirkung abzuwarten? Das schlechte und theure Antisepticum aber gar den Hebammen zu übergeben, wäre einfach ein Unding. Viele praktische Aerzte haben ja Lysoform als Antisepticum warm gelobt. Aber ist das maassgebend? Die Instrumente werden da vorher ausgekocht, die Hände erst mit Seife und Bürste, mit Alkohol u. s. w. bearbeitet. Lysoform ist nachher eben nur Spülflüssigkeit, nicht mehr Desinficiens. Eigentlich sind ja alle chemischen Desinfectionsmittel der Jetztzeit in ihrer anwendbaren Concentration ungenügend. Das einzige Sublimat, freilich auch das giftigste, entspricht annähernd den Anforderungen. Lysoform aber ist zweifellos das schlechteste! Neuerdings hat man seine antiseptische Kraft durch Carbolzusatz zu erhöhen gesucht, und Elsner hat mit diesem Lysoformpräparat (Carbollysoform) bessere Resultate erzielt. Andere Urtheile aber stehen noch aus. Aber Carbol desinficirt schlecht, Lysoform desinficirt schlecht, beides zusammen soll gut desinficiren? Zudem riecht Carbollysoform wieder stark nach Carbol,

und so geht die eine angenehme Seite des Lysoforms verloren.

(Fränk. Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gynaek. 25. X. 02. —
Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 2.)

Appendicitis. Einen Beitrag über **Beziehungen der Angina tonsillaris zur Entzündung des Wurmfortsatzes** liefert Dr. H. Weber (Medicin. Klinik Breslau). Wiederholt ist ja schon die Entwicklung einer Perityphlitis während oder nach Ablauf acuter Infektionskrankheiten beobachtet worden, und es ergab sich die Vermuthung eines ursächlichen Zusammenhanges. Man nahm an, dass in solchen Fällen das betreffende Virus zum Wurmfortsatz gelange und die Entzündung auslöse. Anatomischer und histologischer Bau des Appendix sind ja der Ablagerung von Krankheitskeimen durchaus günstig, durch Kothsteine, Fremdkörper, Traumen etc. kann gelegentlich eine erhöhte örtliche Disposition geschaffen werden. Polyarthritiden und Influenza führen am häufigsten zur A., aber auch Angina tonsillaris spielt, wie verschiedene Publikationen zeigten, nicht selten eine Rolle. Auch Autor hat 3 derartige Fälle gesammelt aus der Breslauer Klinik, den einen selbst beobachtet, die anderen vermerkt gefunden. Beim ersten trat 7 Tage nach Ablauf der Angina während noch fortdauernd klinischer Beobachtung, beim 2. bei noch bestehender acuter Entzündung der oberen Luftwege die A. auf, während im 3. beim Eintritt in die Klinik Pat. schon gleichzeitig A. und Angina aufwies. Die Fälle heilten ohne Operation ab, sodass man im Abscesseiter nicht die gleichen Streptokokken wie auf den Tonsillen nachweisen konnte, wie es bei 2 anderen publicirten Fällen geschehen ist (in einem anderen Falle fanden sich Influenzabacillen im Auswurf wie im periappendikulären Eiter), aber diese letzteren Fälle zeigen zweifellos ja den ursächlichen Zusammenhang zwischen Anginen und A. an, der wohl so aufzufassen ist, dass die Infektionskeime heruntergeschluckt werden und eben im Wurmfortsatz günstige Momente zur Ansiedelung vorfinden.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 52.)

— **Oxyuris vermicularis als Ursache acuter A.** lernte Oberarzt Dr. Rammstedt (Münster i. W.) kennen. Schon Schiller kam auf Grund der Litteratur und eigener Erfahrungen zu dem Schlusse, dass die 3 am häufigsten im Menschen-darm vorkommenden Entozoën, *Ascaris lumbricoides*, *Trichocephalus dispar* und *Oxyuris vermicularis* bei A. aetiologisch wirksam sein können. Rammstedt beobachtete nun einen Fall, bei dem die Madenwürmer in solcher Menge das Innere

des Appendix bewohnten, dass sich bei dem Fehlen anderer pathologischer Merkmale die Vermuthung geradezu aufdrängte: Die Entozoën sind hier die Ursache der A. Der 20jähr. Soldat hatte am 1. October 1901 einen „Magendarmkatarrh“ durchgemacht, der angeblich nur einige Tage dauerte. Am 15. II. 1902 erkrankte er mit Schmerzen an der rechten Bauchseite, und nun entwickelte sich typische A., die so vehement verlief, dass Autor am 18. II. zur Operation schritt. Der ca. 8 cm lange, dunkelrothe Wurmfortsatz war an 2 Stellen gekrümmt, überzogen von feinen, gefässreichen Adhäsionen und durch diese an die vordere Wand des Coecums gelöthet, er war ferner verdickt und machte einen starren, gleichsam erigirten Eindruck. Das sofort nach Abtragung aufgeschnittene Organ enthielt eine dünne Säule weichen Stuhles. An seinem centralen Ende füllte ausserdem ein dichter Knäuel lebhaft beweglicher Oxyuren die Lichtung, während zahlreiche kleinere Haufen derselben sich auch in den anderen Theilen des Wurmfortsatzes fanden. Schleimhaut aufgelockert, geschwollen, geröthet. Die bei Eröffnung des Abdomens gefundenen Veränderungen am Wurmfortsatz (Abknickungen, Fixirung etc.), die schon älteren Datums waren, wiesen darauf hin, dass Pat. schon einmal eine A. durchgemacht hatte; wahrscheinlich war es jener acute „Magenkatarrh“. Bei der jetzigen A. hatte man als Ursache der schweren Symptome, besonders der häufigen Schmerzanfälle, einen eingeklemmten Kothstein, Geschwürchen, Secretstauung, Eiterretention annehmen sollen. Von alledem war nicht die Rede, es mussten die Oxyuren an allem Schuld gewesen sein, welche in dem engen Blinddarm durch Erzeugung von Entzündung, Anregung schmerzhafter Peristaltik, zumal bei dem fixirten und abgeknickten Organ, schwere Erscheinungen hervorrufen konnten. Selbst aber angenommen, dass man diese Ursache gekannt hätte, würde doch an eine Wurm- und Abführkur bei solcher acuter A. nicht zu denken gewesen sein. Man hätte kostbare Zeit verloren, vielleicht mehr geschadet, ganz abgesehen davon, dass man doch nicht mit Sicherheit hätte sagen können, dass die A. wirklich durch die vorhandenen Würmer hervorgerufen wurde. Und so wird und muss es auch in ähnlichen Fällen sein: der zufällige Nachweis von Entozoën im Darm darf an den Indicationen, welche den Arzt zum operativen Eingreifen bei der acuten A. bewegen, nichts ändern.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 51.)

Erysipel. Anaesthesin bei E. versuchte Dr. Henius (Städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.), und zwar mit bestem Erfolge bei sämtlichen 25 Fällen. Eine 10%ige Lanolin-Vaselin-salbe wurde in den ersten Stadien (Blasen, starke Röthung und Spannung) dick aufs Gesicht gelegt und mit einer Bindenmaske bedeckt, später dünn aufgetragen. Die afficirten Parthieen wurden stets ganz schmerzfrei und blieben es auch, und die Heilung ging ohne Beschwerden von statten. Das Verfahren ist selbst Alkoholumschlägen, die sonst noch am besten gegen die localen Beschwerden wirkten, weit überlegen.

(Die Therapie der Gegenwart 1903 No. 1.)

— **Erysipel und Scarlatina gleichzeitig** bei einer Pat. auftreten sah Dr. P. Haller (Saratow). Diese Combination ist höchst interessant. Die Infection mit dem Erysipel- und Scarlatinavirus musste hier gleichzeitig erfolgt sein. Erysipel ist eine Streptokokkenerkrankung. Wäre Scarlatina ebenfalls eine solche, so hätte nicht gleichzeitig die Pat. an Erysipel und Scarlatina erkranken können, sondern sie wäre entweder an Scarlatina oder an Erysipel erkrankt, da es doch nicht anzunehmen ist, dass ein Theil der Streptokokken diese, ein anderer Theil jene Affection ins Leben rief. Wir können demnach Scarlatina nicht als Streptokokkenerkrankung ansehen. Andererseits ging aus dem Falle hervor, dass Erysipel- und Scharlachvirus einander abschwächen. Es wäre so eine theoretische Begründung für die Behandlung der Scarlatina mit Antistreptokokkenserum gegeben.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 34.)

Gonorrhoe. Gonosan (*Kawasantal*) zur Behandlung der G. empfiehlt Dr. Boss (Strassburg i. E.). Gonosan ist eine gelbgrüne, ölige Substanz von stark aromatischem Geruch, welche die aus der Wurzel von *Piper methysticum* (Kawa-Kawa) extrahirten Harze in reinem ostindischen Sandelöl gelöst enthält. Die Mischung des letzteren ist bekannt. Aber auch Kawa ist von allen, die damit bei G. und Cystitis gearbeitet haben, als bewährt befunden worden, zuletzt von Finger. Uebereinstimmend fanden alle, dass Kawa

1. die Schmerzen beim Uriniren und bei der Erection im entzündlichen Stadium der G. beseitigt,
2. dass die Harnsecretion vermehrt wird, und
3. dass die Menge des Eiters, dessen gelbgrüne Farbe bald in Weiss übergeht, so vermindert wird, dass ein völliges Aufhören des Ausflusses am 8.—10. Tage erwartet werden kann.

Der chemischen Fabrik von J. D. Riedel (Berlin) ist es nun gelungen, die wirksame Harzmasse von Kawa chemisch rein darzustellen und sie in Sandelöl zu lösen. Gonosan kommt in Kapseln (à 0,3 g) in den Handel, die 20% Kawaharz (= 0,06 g) und 80% Sandelöl (= 0,24 g) enthalten. Autor behandelt nun die G. folgendermassen: Sobald das Mikroskop die Diagnose erhärtet hat, beginnt die Injektionstherapie, und zwar lässt Autor erst gewöhnlich *Protargol* $\frac{1}{4}$ —1%ige Lösung langsam ansteigend einspritzen. Gewöhnlich sind bei täglich 4 Injektionen von 10 Minuten Dauer nach 8—10 Tagen keine Gonokokken mehr nachweisbar. Dann geht Autor über zu Argentamin (0,05—0,1 : 200,0), von der 3. Woche ab werden reine Adstringentien, wie Zinc. sulf. (1,0 : 200,0) und Cupr. sulf. (0,1—0,3 : 200,0) ordinirt. Daneben erhält Pat. vom 1. Tage ab 8—10 Stück Gonosankapseln (4 mal tägl. 2 Stück $\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Essen) bis Ende der 3. Woche oder Anfang der 4. Woche. Sie werden sehr gut vertragen. Damit die Wirkung sich entfalte, ist eine bestimmte Diät erforderlich. Je concentrirter der Harn, um so mehr er mit dem Kawaharz geschwängert, desto grösser seine anaesthesirende Kraft. Also möglichst wenig Getränke; von Alkohol höchstens etwas mit Wasser verdünnter Rothwein zu den Mahlzeiten; verboten auch kohlen säurehaltige Getränke und scharfe Gewürze. So hat Autor 28 Fälle frischer G. behandelt. Schon am 2. Tage gewöhnlich auffallende Unempfindlichkeit der Harnröhre. Sehr rasch auch diuretische Wirkung, Klärung des Urins, Beschränkung der Secretion. Ausserdem griff die G. nur 3 mal auf die hintere Harnröhre über, und dies auch 2 mal noch durch Excesse seitens der Pat. Im Durchschnitt war im Beginn der 3. Woche die Secretion nur noch minimal, verschwand am Ende der 3. Woche meist ganz. Die mikroskopische Untersuchung der Filamente in der 4. Woche ergab nur noch Epithelien, keine Gonokokken. Der Vorsicht halber ist es freilich zweckmässig, in der 5. Woche täglich eine und in der 6. Woche nach jedem 2. Tage eine Einspritzung mit Adstringentien vorzunehmen. — In 3 Fällen von acuter *Cystitis* im Gefolge von G. bewirkte Kawasantal rasches Abklingen der Symptome.

(Deutsche Medizinal-Ztg. 1902 No. 98.)

- Die **Behandlung der G. mit Protargolgelatine** empfiehlt Dr. Benario (Frankfurt a. M.) und gleichzeitig einen von ihm zusammengestellten kleinen Apparat, der unter dem Namen „*Urosanol*“ in den Handel gebracht wird. In dem

Karton sind 3 Röhrchen, 1 Holzstempel, 1 Gummiolive enthalten, die Protargolgelatine ist 1- oder 3- oder 5%ig (man ordinirt also: Urosanol c. 1% Protargol. XX). In Glasröhrchen ist Protargolgelatine eingefüllt, die durch ein Korkplättchen nach oben luftdicht abgeschlossen ist; durch Druck eines graduirten Holzstempels auf dieses Plättchen wird durch die auf das untere Ende des Röhrchens aufgesetzte Gummiolive oder durch einen kleinen weichen Katheter die Protargolgelatine in die Urethra gebracht. Der Inhalt eines Röhrchens ist für einen Tag berechnet, der Stempel für 4 Injectionen pro die markirt. Der Katheter ist ca. 8 cm lang, Filière No. 13 und ist, wenn ausser Gebrauch, im Innern des hohlgebohrten Stempels in einer antiseptischen, starren Lösung untergebracht. Die Vortheile des Apparates bestehen zunächst in seiner handlichen und bequemen Anwendungsweise, da Arzneiflaschen, Spritze fortfallen, der Carton leicht in der Tasche mitgetragen werden kann. Die Herstellung der Protargolgelatine geschieht ganz *lege artis*. Die Gelatine zum Träger des Medicamentes zumachen, ist ein weiterer Vortheil. Sie, als ein dem menschlichen Gewebe adäquater Stoff, wird wohl als zellenhomogenes Material leicht resorbirt, das an sie gebundene Protargol dadurch leichter in die Tiefe transportirt, besonders da die Lösung der Protargolgelatine von den Körpersäften selbst, z. B. dem transsudirten Eiterserum, dem Secret der Urethraldrüsen, besorgt wird. Ferner gelangt ja bei der Protargolgelatine auch diejenige Concentration des Protargol zur Einwirkung, welche injicirt wird, während wässrige Lösungen in dem Augenblick ihrer Berührung mit der Schleimhaut durch den Hinzutritt von Serum und Secret noch diluirt werden. Die Protargolgelatine löst sich in der Urethra in 1—1½ Minuten, und da durch das allmähliche Freiwerden des Protargols Schmerzempfindungen so gut wie ganz vermieden werden, kann man mit höher concentrirten Lösungen in die Behandlung treten, gewöhnlich mit 1%, um dann rasch auf 3 und 5% zu steigen; bei subacuten und chronischen Fällen kann man sofort mit 5% beginnen. Die Injectionen werden anstandslos bis 10 bis 15 Minuten ertragen. Schon nach 5 Minuten steht die verflüssigte Gelatine in der Urethra unter hohem Druck, genügend, um dieselbe zu entfalten. Bei Anwendung des kleinen Katheters wird die Urethra ohnedies entfaltet und die Schleimhaut geglättet, sodass die Anfüllung mit der Protargolgelatine noch leichter von statten geht. Was Autor aber hauptsächlich zur Anwendung des Katheters bestimmt

hat, ist die Möglichkeit, mit ihm vor der Injection *Adrenalin* einzuführen. Autor mischte dasselbe unter die Lösung zur Aufbewahrung des Katheters, liess den mit der Masse bestrichenen Katheter 3—4 Minuten liegen und sah dann deutliche Blässe der Schleimhaut. Selbstverständlich kann man an Stelle des kurzen Katheters auch einen gewöhnlichen auf die Gläschen armiren, z. B. zur Behandlung der Urethritis posterior. Autor denkt zunächst an den Ersatz für die Instillationen und glaubt, dass das Protargol, auf diese Weise applicirt, auch mehr als bisher sich für die Posterior nützlich erweisen wird, da man im Stande sein wird, die Protargolgelatine genau am Locus affectionis zu deponiren. 5%ige wird auch hier stets ausreichen, wie bakteriologische Versuche zeigten. Die praktischen Versuche mit Protargolgelatine erstrecken sich vorläufig auf 11 Fälle acuter G. und ergaben sehr befriedigende Resultate. Die Gonokokken verschwanden in 3—5 Tagen, die G. vollständig nach 3 bis 4 Wochen.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 51.)

Intoxicationen. 2 Fälle von Codeinexanthemen und

sonstigen Intoxicationserscheinungen sah Professor M. Wolters (Rostock). *Fall 1.* Einem Herrn verschrieb der Arzt bei Bronchitis Codeintropfen (0,1 : 10,0 3mal tägl. 20 Tropfen = 0,01 Codein). Pat. nahm davon 3mal, im Ganzen also 0,03 Codein. Am Morgen des 2. Tages, als er die 3. Dosis genommen, begann leichte Röthe und Schwellung des Gesichtes, die im Laufe des Tages so stark wurde, dass sich starkes Oedem des ganzen Gesichtes entwickelte und die wulstigen Augenlider das Sehen unmöglich machten. Gleichzeitig begann ein sich fortgesetzt steigern- des intensives Jucken auf dem ganzen Körper. Allgemeinbefinden stark gestört, Kopfschmerzen, Abgeschlagensein, zeitweises Erbrechen, besonders aber Störungen des psychischen Verhaltens: grosse Reizbarkeit, heftige Erregung, Verwechselung der Umgebung, später Sinnestäuschungen. Hören von Stimmen, Musik, Sehen von Personen, die ihn angriffen u. s. w. Zwischendurch etwas Schlaf, aber erregte Träume, plötzliches Aufschrecken mit Schreien. Abends wurde Autor geholt. Gesicht und Hände des Pat. hochroth, stark ödematös geschwollen, der ganze Körper bedeckt von rundlichen, tiefrothen Flecken, die besonders an Rücken und Brust zu unregelmässigen Stellen zusammenflossen, — an den Seitentheilen des Körpers die primären Efflorescenzen noch deutlich zu sehen: kleine Knötchen und Bläschen, ringsum von intensiver Röthe umgeben, die nicht erhaben war und auf

Druck schwand. Verordnung: 2 g Chloral intern, Einpuderung des Körpers. Ruhe, Abnahme der Wahnvorstellungen, Schlaf. Am nächsten Tage Pat. psychisch normal, Oedem geringer, Erytheme blasser. Unter weiterer Puderung nach 10 Tagen Heilung. 3 Wochen später wieder starke Röthung des leicht geschwollenen Gesichtes, der ganze Körper bedeckt mit folliculären rothen Knötchen, umgeben von rothem Hofe, starkes Jucken. Pat. hatte von jenen Tropfen wieder 1 Dosis genommen, worauf sich nach einigen Stunden der Zustand eingestellt hatte. *Fall 2.* Dame von 26 Jahren hatte Masern acquirirt und bekam gegen das Fieber und den Hustenreiz Salipyrin mit Codein im Prodromalstadium verordnet. Kein Erfolg, vielmehr steigerten sich nach Ausbruch des Exanthems die katarrhalischen Erscheinungen, grosse Unruhe, Wahnvorstellungen traten auf. Es wurde jetzt bloss noch Codein verordnet 0,2 : 10,0 (3 mal tägl. 20 Tropfen = 0,02), um die nervösen Erscheinungen zu beeinflussen. Aber dieselben steigerten sich erheblich, Pat. erkannte die Umgebung nicht, sah Gestalten, hörte Stimmen, Musik u. s. w. Da der Hustenreiz gut beeinflusst wurde, gab man Codein weiter. Am 2. Tage der Medication trat unter intensivem Juckreiz von neuem ein Exanthem auf, das besonders heftig Gesicht und Hände befiel; der ganze Körper wurde übersät von einem masernähnlichen Erythem, das enorm juckte. Auch psychische Störungen in gesteigertem Maasse. Da das Exanthem sich Tags darauf noch verstärkte, die Beschwerden sich verschlimmerten, konnte es sich nicht um Wiederauftreten des bereits geschwundenen Masernausschlages handeln, sondern um ein Codeinexanthem. Aussetzen der Medication, Besserung aller Erscheinungen. Aber nach 14 Stunden nahm Pat. nochmals 0,02 Codein, was nach 2 Stunden wieder heftigeres Auftreten des Ausschlages und der psychischen Symptome bewirkte. Nunmehr Fortlassen des Medicamentes. Auf 2 g Brom schwand die psychische Alteration, das Exanthem aber ging erst nach 10 Tagen langsam zurück und verursachte bis zuletzt heftiges Jucken, ja es stellte sich dann noch Urticaria ein, die erst auf Ergotin wich, worauf sich die Haut in grossen Lamellen abstiess. — Diese Fälle zeigen, wie Codein selbst in kleinen Dosen wirken kann, sodass Vorsicht auch bei Verordnung dieses als harmlos geltenden Mittels durchaus geboten ist. Die schweren Sinnestäuschungen können nur als Erscheinungen einer schweren Intoxication gedeutet werden, die eine der sonst sedativen Wirkung der Opiate absolut conträre Wirkung

darstellen, wie manchmal auf Opium gerade heftige Diarrhoe auftritt.

(Deutsche Praxis 1902 No. 23.)

- **I. durch Kornkaffee** sah Dr. Weissmann (Glatz) in einer Familie. In Schlesien verkaufen Mehl- und Colonialgeschäfte, auch Droguerien, geröstetes Korn als „Kornkaffee“, der vielfach wegen seiner Billigkeit und zur Vermeidung des „aufregenden“ Bohnenkaffees konsumiert wird. Auch in der betreffenden Familie wurde er seit einiger Zeit viel getrunken. Seitdem klagten die Kinder, manchmal mehrere zugleich, über Kopfweh, Leibschmerz, Durchfall, und sahen schlecht aus. Anfangs September erkrankte das 9 Monate alte, etwas atrophische Kind, nachdem es 2 Tage hindurch statt der üblichen Kufeke-suppe Kornkaffee mit Milch erhalten, plötzlich an Fieber, Krämpfen, Durchfall und starb noch am gleichen Tage. Kurz darauf legte sich der 6jährige Bruder mit Kopfschmerz, Fieber, Leibweh, Durchfall, um zwar nach 2—3 Tagen wieder aufzustehen, aber von Zeit zu Zeit immer wieder über Hitze im Kopfe, Schwindel, Stuhl-drang zu klagen. Kaum war dieser aufgestanden, so erkrankten unter gleichen Erscheinungen das 11 und 8jährige Mädchen, etwas später ein 4jähriges Kind und endlich auch die Mutter. Eine gemeinschaftliche Schädlichkeit als Ursache dieser acuten und subacuten Magendarmkatarrhe musste vorliegen, man zog alles in Erwägung und kam endlich auf den Kornkaffee. Es stellte sich heraus, dass dieser eine beträchtliche Menge *Kornradesamen* enthielt. Die Kornrade (*Agrostemma Githago*) wächst als Unkraut auf Roggenfeldern und wird mit dem Korn zusammen ausgedroschen, aber durch „Radsiebe“ wieder entfernt. Sind diese zu grob, oder bei mangelhafter Reinigung, verbleibt im Getreide der Kornradesamen (etwa hanfkorn-grosse, matt-schwärzliche, ovale, in einen spitzen Schnabel auslaufende, höckrige, unter der Loupe spiralig geriffte Gebilde von harter Consistenz und bitterlichem Nachgeschmack). Dieser enthält das *Alkaloid Agrostemmin*, welches entschieden *gesundheitsschädliche Wirkungen* ausübt und in obigen Fällen ausgeübt hat. Nachdem jetzt seit 6 Wochen kein Kornkaffee in der Familie benützt wird, sind sämtliche 6 Kinder derselben gesund, ihre Verdauung normal.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 1.)

- Eine **Vergiftung durch Brennesselthee** erlebte Dr. G. H. Sieveking (Hamburg). Kräftiger, 40jähr. Mann kauft

sich gegen Harnbeschwerden für 10 Pf. Brennesselthee, übergiesst 2 Esslöffel davon mit etwa 400 g kalten Wassers, wärmt diese Mischung etwas und trinkt davon $\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Abendessen (etwa 11 $\frac{1}{2}$ Uhr Nachts) eine mittelgrosse Tasse. $\frac{1}{2}$ Stunde später Schwere in den Beinen, Benommenheit des Kopfes, dann Unruhe, Irrereden. Um 1 Uhr ärztliche Hilfe. Pat. völlig verwirrt, Puls klein, sehr beschleunigt, Pupillen voll erweitert, reactionslos, erheblicher Harndrang mit Entleerung reichlicher Mengen klaren Urins. Erst früh 6 Uhr Bewusstsein wieder klar, doch noch Vormittag Pupillen weit und reactionslos. Rasche Genesung. In der Drogenhandlung wurde der Thee untersucht, er war zu gleichen Theilen mit Stechapfelblättern vermischt. Wie diese Verunreinigung resp. Vermischung der beiden Blätterarten zu Stande gekommen, blieb unaufgeklärt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 1.)

Otitis. 2 Fälle schwerer O. media acuta purulenta durch

„Schneeberger“ veröffentlicht Dr. W. Schröder (Hamburg-Barmbeck); beide zeichneten sich durch explosionsartige Schnelligkeit und Heftigkeit aus. *Fall 1* betraf einen kräftigen Arbeiter in den 30er Jahren, der wegen „Stockschnupfens“ ins linke Nasenloch eine Prise „Schneeberger“ nahm. Nach 10 Minuten verspürte er schon, ohne dass er einmal geniesst hätte, einen nach dem linken Ohr hin ausstrahlenden Schmerz, der sich im Laufe der Nacht furchtbar verschlimmerte. Am nächsten Morgen kam er zum Autor, einen schwerkranken Eindruck machend und bereits überraschende Veränderungen aufweisend: Trommelfell bläulichroth, in toto vorgewölbt, Flüsterzahlen eben vorm Ohr hörbar, hohe Töne stark herabgesetzt. Schmerzhaftigkeit jetzt auch auf dem Warzenfortsatz und Unterkieferwinkel. Rhinoscopia posterior ergab linksseitige Intumescenz des Cavum naso-pharyng. und Tubenwulstes. Schon am nächsten Tage profuse serös-eitrige Secretion. Da die hohe Perforationsöffnung dem Secret nicht genügend Abfluss bot, erweiterte Autor nach unten. Unter allmählicher Abnahme der Schmerzen wurde der Ausfluss in den nächsten Tagen rein eitrig. Nach 4 Wochen vollständige Heilung. Hier ist also das Pulver sofort nach der Tube gesogen worden. Der „Stockschnupfen“ war die Folge einer obturirenden linksseitigen Spina septi, die sich geradezu in die gegenüberliegende untere Muschel einbohrte. Deshalb konnte das Pulver nicht in die Regio olfactoria gelangen, und der Nieseffect musste ausbleiben, nahm vielmehr seinen Weg durch den zwar stenosirten,

aber ganz geraden unteren Nasengang. *Fall 2* betraf einen 14jähr. Knaben mit Ozaena, dem sein Vater dagegen das Prisen von „Schneeberger“ verordnet hatte. Schon nach einigen Stunden doppelseitige Ohrschmerzen, die im Laufe der Nacht immer heftiger wurden. Als Pat. am nächsten Morgen kam, linkes Trommelfell schon perforirt, es entleerte sich eine serös-blutige Flüssigkeit, während das rechte Ohr ein geröthetes nicht vorgewölbtes Trommelfell zeigte. Der Katarrh ging im Laufe der nächsten 8 Tage zurück, auf dem linken Ohr Heilung nach 3 Wochen. — „Schneeberger“ besteht hauptsächlich aus *Rhizoma iridis*, enthält aber neben anderen Substanzen das für die beiden Fälle sicher zu beschuldigende *Rhizoma veratri* noch. Wenn man nun bedenkt, dass bei mancher chronischen Nasopharyngitis mit atrophischer Tendenz der Nasenrachenraum überaus weit ist, sodass hin und wieder sogar die klaffende Tube zu sehen ist, wenn man ferner berücksichtigt, mit welcher elementaren Gewalt manchmal in die Nase geschleudert wird, so muss man sich wundern, dass auf diesem Wege acute O. nicht viel häufiger entsteht. Jedenfalls ist das Prisen aber nicht ungefährlich und sollte keinesfalls bloss aus Spielerei, wie es seitens der Schuljugend oft geschieht, ausgeführt werden.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 47.)

- Ueber **Masernotitis und deren prophylaktische Behandlung** lässt sich Dr. M. Sugár (Budapest) aus. Ein grosser Procentsatz von Masernotitis entsteht per tubam, man muss also theoretisch die Möglichkeit einer prophylaktischen Behandlung zugeben. S. Weiss ging nun von der bekannten Erfahrung aus, dass bei erkrankter Nasenschleimhaut die Nasenathmung verlegt ist und das abgesonderte Secret durch die Tuben gelegentlich des Hustens, Niesens, Schneuzens ins Mittelohr gelangt und dort zur Quelle der Infection wird. Wenn man daher für starken Abfluss der Secrete aus der Nase und für Freihaltung derselben zur Luftathmung sorgt, so müsste es wohl gelingen, der Retention von Nasenschleim im Inneren der Nase und Nasenrachenraum vorzubeugen und so zu verhüten, dass der Nasenschleim ins Mittelohr gelange. Hajek wendet seit Langem gegen chronische Rhinitis der Kinder $\frac{1}{2}$ $\frac{0}{10}$ ige *Lapiseinträufelungen in die Nase* an, das Gleiche that Weiss als Prophylacticum gegen Masernotitis. Er führte bei horizontaler Rückenlage des Kindes in jedes Nasenloch einen mit einigen Tropfen der Lösung befeuchteten Wattewickel

ein und drückte die Nasenflügel darüber gegen das Septum wie beim Schneuzen an. Die so behandelten Masernfälle zeigten nur in 6,6% der Fälle O. media. Diese einfache prophylaktische Maassregel wandte nun Sugár im St. Ladislaus-Infektionsspital an, nur hielt er es für zweckmässiger, die Lösung mittelst Tropfgläschens resp. Augentropfers einzuträufeln. Als im Februar und März eine grosse Masernepidemie herrschte, bekamen unter 111 Masernkindern 18 Ohrencomplicationen. Als Autor dann die Lapisbehandlung einführte, d. h. jedes Masernkind sofort instillirte, wurde die Morbiditätsziffer an Ohrencomplicationen auf 7% herabgedrückt, indem von 60 Pat. nur 4 Otitis bekamen.

(Klin.-therap. Wochenschrift 1903 No. 1.)

Rheumatismen. Eine auf rheumatischer Basis beruhende

Hüftgelenkserkrankung, die er **Coxitis rheumatica** nennt, hat Dr. R. Friedländer (Wiesbaden) in den letzten Jahren in 23 Fällen beobachtet. In der Regel kommen die Patienten mit der Angabe, dass sie an Ischias leiden. Sie klagen über mehr oder weniger lange bestehende, die Hüfte, den Oberschenkel und das Knie betreffende Schmerzen in einem, seltener in beiden Beinen, deren Beginn meist auf eine Erkältung zurückgeführt wird. In der Hüfte werden die Schmerzen hauptsächlich in der Oberschenkelbeuge und in der Gegend des Trochanter, seltener in der Gesässgegend localisirt, am Oberschenkel wird meist über Schmerzen rund um das ganze Bein geklagt, in anderen Fällen beschränken sich dieselben auf die Hinterfläche oder auf die Innen- und Aussenfläche des Oberschenkels, häufig bestehen neben diesen Beschwerden Schmerzen im Knie, die so heftig sein können, dass die Patienten dieses Gelenk für den Sitz der Erkrankung halten. Die Schmerzen sind am stärksten, wenn nach längerer Ruhe, besonders nach längerem Sitzen, die ersten Schritte gemacht werden; bei fortgesetztem Gehen pflegen die Beschwerden allmählich geringer zu werden. Seltener wird über permanente, auch in der Ruhe fortdauernde Schmerzen geklagt. Neben den Schmerzen macht sich beim Gehen ein Spannungsgefühl in den Hüft- und Oberschenkelmuskeln, namentlich an der Innen- und Aussenfläche des Oberschenkels geltend. Paraesthesien fehlen vollständig. Bei der Untersuchung findet man äusserlich normale Verhältnisse. Zuweilen besteht erhöhte Spannung der Muskeln des Oberschenkels, die sich in vermehrter Resistenz bei passiven Bewegungen kundgibt. Die Patienten halten in der Regel im Stehen den Unterschenkel ein wenig

gegen den Oberschenkel gebeugt, sind aber im Stande, auf Aufforderung das Bein vollkommen zu strecken. Lässt man sie gehen, so hinken sie in der Weise, dass sie die kranke Hüfte möglichst zu entlasten versuchen, indem beim Auftreten auf das kranke Bein der Oberkörper nach der gesunden Seite zu seitlich gebeugt wird. Um das Gleichgewicht zu halten, macht dann der Oberkörper eine unwillkürliche Bewegung nach der entgegengesetzten Seite, und so entsteht ein eigenthümliches Schwanken des Rumpfes nach beiden Seiten, das besonders charakteristisch ist. Das Hüftgelenk ist nach allen Richtungen beweglich, wenn auch die passiven Bewegungen durch die erwähnte Spannung der Oberschenkel- und Hüftmuskulatur etwas erschwert werden. Bei passiver Abduction und Adduction, zuweilen auch bei Rotation, klagen die Patienten über Schmerzen, die bei Rotation direct in das Hüftgelenk verlegt werden, während sich bei Abduction und Adduction eine schmerzhaft gespannte Muskeln des Oberschenkels an der Innen- resp. Aussenseite geltend macht. Von den activen Bewegungen sind ebenfalls hauptsächlich Abduction und Adduction des Beines behindert resp. mit Schmerzen verbunden. Lässt man die Patienten im Stehen die Beine spreizen, so bleibt das kranke Bein deutlich zurück. Wie die Abduction ist auch die active Adduction des kranken Beines in der Excursion beschränkt und schmerzhaft. Die für Ischias charakteristischen Schmerzdruckpunkte fehlen, dagegen ist Druck auf den Trochanter meist schmerzhaft. Fast immer ist ferner mit Schmerzen verbunden das Andrücken des Schenkelkopfes gegen die Pfanne durch Druck gegen das gebeugte Knie oder gegen die Fusssohle des gestreckten Beines von unten. Sensibilitätsstörungen fehlen vollkommen. *Actiologisch* scheint Erkältung die hervorragendste Rolle zu spielen, besonders starke Durchnässung. Es können aber auch durch Ueberanstrengung und Traumen ähnliche Zustände entstehen. Vereinzelt kam das Leiden auch bei Gichtkranken zur Beobachtung, die typische Anfälle gehabt hatten, und bei denen gichtische Ablagerungen nachzuweisen waren. Acuter Gelenkrheumatismus oder eine Rheumatoiderkrankung war nie vorangegangen, immer hatte sich die Affection selbstständig in chronischem, fieberlosem Verlauf entwickelt. Die *Differentialdiagnose* zwischen Coxitis rheumatica und Ischias ist nicht schwer, wenn man obiges Krankheitsbild genau festhält (allerdings kommen bisweilen beide Affectionen combinirt vor), auch die Unterscheidung von gonorrhöischer Coxitis bietet meist keine

Schwierigkeit. Am leichtesten ist noch eine Verwechslung mit dem *Malum coxae senile* möglich, dessen Anfangsstadium in Bezug auf Localisation der Schmerzen und die Art der Bewegungsbeschränkung eine gewisse Aehnlichkeit mit der *Coxitis rheumatica* zeigt; allerdings kommen bei dem *Malum senile* bald jene Veränderungen an Knorpel und Knochen hinzu, die zur Deformirung des Gelenkes führen, man hört die schabenden und knirschenden Geräusche im Gelenk u. s. w. *Prognose* der rheumatischen *Coxitis* günstig; in leichten Fällen immer Heilung, aber auch in schwereren, schon Monate und Jahre bestehenden, noch wesentliche Besserungen bei geeigneter *Behandlung*. Was letztere anbelangt, so steht die physikalische Therapie im Vordergrund, mit Medicamenten ist nicht viel zu erreichen (wo heftige Schmerzen in der Ruhe und Nachts bestanden, half noch Aspirin am besten). Wärme und Elektrizität sind heranzuziehen, und zwar milde Wasserproceduren: lauwarme Sitzbäder oder Umschläge, warme Vollbäder, Thermalbäder (von den Wiesbadenern zu 28—30° R. sah Autor wiederholt günstige Resultate), auch Fangoumschläge. Zur Unterstützung wird dann der constante Strom von mässiger Intensität benutzt. Die Patienten müssen sich ruhig verhalten, viel liegen, sehr wenig gehen, das erkrankte Gelenk möglichst schonen. Erst wenn die Schmerzen nachgelassen haben und in der Ruhe überhaupt keine Beschwerden mehr bestehen, kann man zu allmählich fortschreitenden Gehübungen übergehen und jetzt auch vorsichtig mechanische Behandlung, Massage und Widerstandsgymnastik ins Treffen führen, um die Musculatur zu kräftigen und volle active Beweglichkeit wieder herzustellen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902, No. 51.)

- Ueber **Mesotan** und seine Anwendung lässt sich Dr. J. Ruhemann (Berlin) aus: Geruchlos ist dies Mittel nicht; im Allgemeinen wird aber darüber nicht geklagt, doch ist es in praxi aurea zweckmässig, etwas Lavendelöl zuzusetzen, zu 25 g Mesotan resp. zu 50 g des Mesotangemisches (Mesotan, Ol. Oliv. aa) 5 Tropfen. Der heilende Einfluss des Mittels auf rheumatische Schmerzen und Schwellungszustände ist fraglos, aber man muss von dem Mesotangemisch für eine einmalige Application mindestens 1½ Theelöffel einstreichen, und zwar nicht sanft, sondern so energisch, wie es der Zustand erlaubt. Reines Mesotan übt einen Hautreiz aus, der allerdings auch dem Gemisch nicht ganz fehlt. Die reizende, derivirende Wirkung ist aber gerade

als Ableitung für den rheumatischen Schmerz erwünscht, und so hat Autor bei den acuten Rheumatismen, wo man schnell Linderung haben will, wo jede Bewegung fast unmöglich ist, wo höchstens Morphium den Schmerz sonst linderte, Mesotan pur mit Erfolg benutzt; jene Hautreizung hat ja bei den acuten Rheumatismen, die in einigen Tagen abklingen, nicht viel zu sagen. Was anderes ist es, wenn man mehr als 3—4 Tage das reine Mesotan einreibt, dann entstehen ekzematöse Hautreizungen, die indess auch auftreten, wenn man Mesotangemisch etwa 10—14 Tage an derselben Stelle 3mal täglich applicirt. Es ist daher besser, verschiedene Stellen nacheinander kräftig einzureiben, etwa wie bei der Schmierkur, wobei die Krankheitsstelle schon wegen der angestrebten Derivation auf die Haut bevorzugt wird. Als Bedeckungsmittel der eingeriebenen Stellen ist geleimte Watte zu verwenden, nicht Verbandwatte, weil diese zuviel Oel aufsaugt. Recht verwerthbar sind die 3—5 g Mesotan enthaltenden porösen Pflaster, Kautschoukpflaster (Fabrik M. Hellmann, Berlin), die für Lumbago, örtliche Muskelrheumatismen vortreffliche Dienste leisten; sind z. B. auch bei *Iritis rheumatica* als Stirnpflaster statt der Mercurialsalbe zu empfehlen. Selbst bei protrahirtem Gebrauche des Mesotans weder Störungen des Appetits, noch sonstige unangenehme Nebenerscheinungen. Es hat sich dabei gezeigt, dass das Salicyl so rasch im Harn erscheint, dass die schnelle Resorbirbarkeit und Spaltung des Mesotans zweifellos erscheint, ja man kann, wenn es darauf ankommt, in kurzer Zeit den Organismus mit Salicyl durchschwemmen, eine Thatsache, die für gewisse Infektionskrankheiten praktisch wichtige Perspektiven eröffnet. Die mächtige Ausscheidung von Salicylsäure durch den Urin lässt die Indication für die Behandlung mancher Blasenaffectionen, event. Nierenleiden nicht aussichtslos erscheinen. Die Thatsache, dass Mesotan bei wirklich neuralgischen Schmerzen nicht wirkt, kann beinahe als differentialdiagnostisches Moment benutzt werden. Die Aufstellung des Receptes ist folgendermassen:

Rp. Mesotan. 25 g	.	.	1,90 Mk.
Ol. Olivar. 25 g	.	.	0,12 „
			0,03 „
Ol. Lavendul. gtt. V	.	.	0,09 „
			0,10 „
			<hr/> 2,24 Mk.

S. 3mal täglich 1—1½ Theelöffel einzureiben.

Mesotan wirkt bei allen Arten von Rheumatismus günstig ein; man kann aber daneben natürlich noch Aspirin in kleinen Dosen intern geben (1,5 g pro die), bei subacuten und chronischen Rheumatismen beides alternierend benutzen. Autor hat 100 Fälle behandelt und dabei noch andere interessante Beobachtungen gemacht. So verschwand unter Mesotanpinselung sehr rasch ein *Erysipel* des Gesichtes, so verschwand bei einem Falle von *Bronchiektasie*, bei dem massenhaft putrides Sputum entleert wurde, der Geruch nach einigen Mesotaneinreibungen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908 No. 1.)

Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Krampf-

hafte Zusammenziehung des Muttermundes als relatives Geburtshinderniss beobachtete Dr. S. Durlacher (Ettlingen) bei einer 34jährigen III para, einer früheren Hebamme. Die 1. Geburt 1899. Schon 2 Monate vor Eintritt derselben sei immer unter den Erscheinungen von „Krampfwehen“ etwas Blut abgegangen. Die Geburt dauerte 2½ Tage und musste künstlich durch Forceps in Narkose beendet werden; es wurden zuvor seitliche Einschnitte in die Cervix gemacht, da der Muttermund sich immer wieder zusammengezogen hatte. Es wurde ein lebendes Kind entwickelt, das aber nach 6 Stunden verstarb. Die 2. Geburt war eine Fehlgeburt im 6. Monat am 15. V. 1901, nachdem schon 14 Tage zuvor immer stärker werdende Blutungen auftraten. Es stellten sich Ohnmachten infolge des Blutverlustes ein, sodass Autor die Frühgeburt einleiten musste. Es zeigte sich, dass bei den Wehen der Muttermund sich krampfhaft ringförmig zusammenzog, während er in der Wehenpause sehr weich und dehnbar war. Es gelang, in den Wehenpausen den Muttermund so zu erweitern, dass man denselben über den Kopf schieben und die Frucht extrahieren konnte. Dieselbe lebte einige Stunden, war aber nicht lebensfähig. Am 27. IX. 1902 machte die Frau eine 3. Geburt in II. Schädellage durch. Die Wehen traten schon am 26. IX. sehr heftig auf, am 27. morgens Muttermund zweimarkstückgross. Kopf stand mit einem kleinen Segment im Beckeneingang. Mittags kleine Fontanelle zu fühlen, Pfeilnaht verläuft in der Mitte zwischen Promontorium und Symphyse. Nach ca. 6 Stunden steht der Kopf etwas tiefer im Becken. Muttermund nicht weiter wie morgens. Fruchtblase noch vorhanden, Vorwasser stellt sich bei den Wehen nicht ein. Sie sind äusserst heftig und schmerzhaft;

bei der Untersuchung zeigt sich, dass bei jeder Wehe der Muttermund sich krampfhaft und ringförmig um den Kopf zusammenzieht. Saum des Muttermundes verdickt sich ödematös. In der Wehenpause Muttermund leicht über Handtellergrösse zu erweitern. Mit Rücksicht auf das Leben des Kindes und auch darauf, dass nach der 1. Geburt die Folgen von Druckerscheinungen auf den Blasenhal von Seiten des Kopfes sich einstellten (es musste noch 8 Tage der Urin durch Katheter geholt werden), und ferner darauf, dass auch bei verstrichenem Muttermunde spontan die Beendigung der Geburt nicht zu erwarten stand, legte Autor in der Wehenpause mit grösster Vorsicht die Zange an, nachdem er zuvor mittels einer Muzeux'schen Zange die dem Kopf fest aufliegenden Eihäute geöffnet und mittels Cocainlösung den Muttermund tüchtig befeuchtet hatte. Nur in der Wehenpause wurden sanfte Tractionen ausgeführt, während der Wehen die Zange gelüftet. Die Wehenpausen waren nur kurz, da durch die Zangenlöffel und Tractionen wieder Wehen ausgelöst wurden. Ohne Blutung wurde in ca. 20 Minuten ein lebendes, gesundes Kind entwickelt. Die Placenta wurde nach $\frac{1}{2}$ Stunde nach Credé entfernt. Sehr heftige Nachwehen. Wochenbett normal. Maasse des Beckens: Dist. spin. 23, Dist. crist. 25, Conj. diag. $11\frac{1}{3}$ cm, Conj. vera $9\frac{1}{4}$, also gleichmässig schwach verengtes Becken. Kindlichen Kopfmaasse: Umfang 33 cm, mento-occip. Durchmesser $13\frac{1}{2}$, bitemporal. 8 cm, biparietal. 9 cm; Länge des Kindes 49 cm. — Es lag hier also eine Störung der Geburt vor, die ihren Grund nicht in der Verengerung des Beckens haben konnte, da bei den kindlichen Kopfmaassen im Verhältniss zu denen des Beckens spontan die Geburt hätte doch erfolgen können. Die Störung lag in der abnormen Beschaffenheit des Muttermundes, die aber nicht mit einer Rigidität des Muttermundes zu verwechseln ist, bei der ja die Anomalie sowohl in der Wehe, als auch in der Wehenpause bestehen bleibt. Ist nun das abnorme Verhalten des Muttermundes in einer örtlichen Contractur des Muttermundes während einer Wehe zu suchen oder kann dies als eine Wehenanomalie überhaupt aufgefasst werden? Wir kennen ja ausser der allgemeinen Wehenschwäche noch Krampfwehen, bei welchen die Gebärmutter in den Wehenpausen kaum oder gar nicht erschlafft und in Contraction, bei sehr heftigen Graden sogar in tonischer Contraction gehalten werden kann. Bei derartigen Krampfwehen werden mit Erfolg Narcotica angewendet. In obigem Falle war bei

der 1. Geburt weder durch die Chloroformnarkose, noch in der 3. Geburt durch örtliche Application von Cocain die Contractur zu beseitigen. Daraus ist wohl zu schliessen, dass es sich nicht um eine Wehenanomalie, sondern um eine örtliche abnorme Erscheinung am Muttermund während der Wehe handelte. Kann diese Erscheinung zur Entstehung des Contractionsringes, event. zur Ruptur im unteren Uterinsegment führen? Das ist wohl möglich! Auf der einen Seite zieht sich der normale Hohlmuskel zurück, während das untere Uterinsegment gedehnt wird. Je kräftiger sich der Uterus zusammenzieht, um so heftiger ist der Zug aufs untere Uterinsegment. Die Dehnung des letzteren wird dadurch erhöht, dass der abnorme, ringförmige, äusserst krampfhaft geschlossene Muttermund sich fest an den Schädel anpresst und einen Zug in physiologisch entgegengesetzter Richtung als die Contraction des Hohl-muskels hervorruft. Die Ursache dieser abnormen Erscheinung zu ergründen, ist sehr schwer, es liesse sich höchstens vermuthen, dass eine abnorme anatomische Beschaffenheit des Muttermundes in der Art vorliegt, dass die Ringfasermuskulatur in vorherrschender Weise am Aufbau des in Frage stehenden Muttermundes theilhaftig ist. Als Hilfe bleiben nur mechanische Mittel übrig, und kommt man ja erfreulicherweise in derartigen Fällen mit einer Dilatation ohne jegliche Blutung aus.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1902 No. 50.)

- **Ein häufiger Fehler bei der Anwendung des Credé'schen Handgriffs** wird nach Dr. Elschner (Dühringshof) von Hebammen und auch von Aerzten gemacht: *Druck an falscher Stelle!* Fast stets fällt der Uterus, nachdem die Frucht ausgestossen ist, nach einer Seite. Die Placenta löst sich nicht, nun wird gerieben und gedrückt, jedoch nicht auf den Fundus, sondern auf irgend eine Längsseite. So bekommt man die Placenta nicht heraus, im Gegentheil: man verhindert ihr Heraustreten. Man muss unbedingt den Uterus erst aufrichten, sodass er genau in der Mittellinie steht, und dann erst den Credé anwenden. Dann folgt fast stets die Placenta leicht, man wird dann oft keine „angewachsene Nachgeburt“ mehr haben und die manuelle Lösung umgehen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 2.)

- Ueber **Erstgebärende unter 16 Jahren** berichtet Dr. Andor Palotai aus der I. kgl. gynaekol. Klinik in Budapest, wo unter 17 169 Geburten sich 25 Iparae (= 0,145%)

befanden, die zur Zeit der Geburt ihr 16. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten, darunter sieben 14jährige und achtzehn 15jährige. Die Schwangerschaft verlief — mit Ausnahme eines Falles von Abort im 6. Monate — in allen übrigen typisch ohne nennenswerthe Störungen. 8% der Mütter hatten verengtes Becken, 28% enge Scheide. Die 24 Fälle verliefen alle spontan in Schädellage, bei einer durchschnittlichen Geburtsdauer von etwa 10 Stunden. Die längste der Placentalperioden dauerte nur 19 Minuten. Dies alles zeugt für die vorzügliche Thätigkeit der Geburtskräfte in diesem Alter. Alle Früchte wurden lebend geboren, doch waren viele (28%) Frühgeburten. Unter den 24 Fällen kamen nur 2 Damm- und Scheidenverwundungen (trotz der engen Scheiden!) vor, welche genäht werden mussten; im Uebrigen gab es nur oberflächliche Läsionen, ein auffallend günstiges Resultat, welches die grosse Elasticität des Dammgewebes in diesem Alter zeitigte. Auch die Wochenbetten verliefen recht günstig. 23 Kinder verliessen lebend die Klinik. Daraus ergeben sich in betreff der Geburt bei Erstgebärenden unter 16 Jahren folgende Erfahrungssätze:

1. Der Schwangerschaftsverlauf ist ein normaler, von Abortus selten, von Frühgeburt häufiger unterbrochen;
2. der Geburtsverlauf ist seiner kurzen Dauer wegen ein sehr milder;
3. die Nothwendigkeit eines operativen Eingriffes ist nicht zu befürchten;
4. die Prognose ist hinsichtlich der Verletzungen der Geburtswege intra partum eine sehr gute;
5. das Wochenbett unterscheidet sich in nichts vom normalen;
6. für die Frucht ist in jeder Hinsicht die beste Prognose zu stellen.

(Centralblatt f. Gynaekologie 1902 No. 52.)

Sepsis. Endocarditis septica geheilt durch intravenöse

Silberinjection hat Dr. C. L. Klotz (Dresden). Eine 27 jährige Frau erkrankte einige Wochen nach einer Angina tonsillaris an einer schweren Endocarditis septica. Prognose absolut infaust, die auch der vom Autor hinzugezogene Assistent Credé's so stellte. Letzterer injicirte trotzdem auf Wunsch Collargol 9 ccm einer 1,0%igen Lösung in eine Armvene und erzielte dadurch sofort bedeutende Besserung; da am nächsten und übernächsten Tag sich der Zustand wieder etwas verschlimmerte, wurde an beiden Tagen noch je eine Injection (8 resp. 7 ccm) gemacht,

mit dem Erfolge, dass nunmehr die Besserung auch Stand hielt und Pat. sehr bald geheilt entlassen werden konnte.

(Deutsche med. Wochenschrift 1902 No. 29.)

- van Zandt wandte **Ung. Credé** bei S. vielfach an. In einzelnen Fällen versagte es, in anderen aber wirkte es sehr prompt. Autor führt einige Beispiele an, z. B. von einer S. ausgehend vom Mittelohr, einer Cruralphlebitis, einer S. im Anschluss an eine Verletzung u. s. w., aus denen hervorgeht, wie rasch die Silberkur die schwere S. günstig beeinflusste.

(The Hot Springs Medical Journal 1902 No. 8.)

- Einen **Fall von septischer Mastitis** theilt Max Bensinger (Mannheim) mit. Pat. hatte eine normale Geburt durchgemacht und nährte das gesunde Kind selbst, alles schien gut zu gehen. Da empfand sie am 11. Tage des Wochenbettes Schmerzen in der rechten Brust, welche eine Röthung zeigte. Obwohl sofort zweckmässige Behandlung eintrat, entwickelte sich unter hohem Fieber eine erhebliche Entzündung der Mamma, sodass am 3. Tage der Erkrankung in Narkose 3 ergiebige Incisionen gemacht wurden. Es entleerte sich auffallend wenig Eiter, dagegen trat in den nächsten Tagen das Bild einer Septicaemie deutlich zu Tage. Das Kind bekam eine Otitis, durch Paracentese des Trommelfells wurde etwas Eiter entleert. Bei der Mutter entstanden trotz Behandlung mit Antistreptokokkenserum Gelenkeiterungen (im Eiter fanden sich nur Streptokokken!), Knochenschwellungen, das hohe Fieber blieb (auch Ung. Credé wurde unterdessen therapeutisch benützt), und am 17. Tage der Erkrankung erfolgte der Exitus. Abdomen und Genitalien zeigten bis zum Tode normalen Befund, die Infection musste von der Mamma ausgegangen sein. Aber wie war sie zu Stande gekommen? Die alte, erfahrene Krankenwärterin, die beständig unter strenger Aufsicht stand, konnte keine Schuld haben. War die Infection vom Munde des Kindes erfolgt oder war letzteres erst von der Mutter inficirt worden? Von Interesse war Folgendes: Wenige Tage nach Krankheitsbeginn wurde im Bette der Fiebernden ein altes Leihbibliotheksbuch entdeckt, das unangenehm roch. Vom Einband und von den Blättern wurden Partikelchen abgeschabt und bakteriologisch untersucht. Da fand man denn neben allen möglichen anderen Pilzen in erster Linie zahlreiche Streptokokken. Die Wöchnerin hatte im Buche häufig gelesen und dabei ihr Kind gestillt! Ferner ist bemerkenswerth, dass Pat. schon

vor 2 Jahren eine „Blutvergiftung“ infolge von Insectenstich im Gesicht gehabt haben soll; einige Tage Schwellung und Röthung daselbst neben hohem Fieber. Sollte das Krankheitsvirus noch im Körper verblieben und durch irgend einen Umstand an Virulenz gewonnen haben? Nach Typhus sind ja lange Zeit später noch in Abscessen Typhusbacillen gefunden worden! Auch das Kind war 2 Tage nach seiner Ohrerkrankung, 1 Tag nach der Paracentese, gestorben, nachdem sich im Verlaufe weniger Stunden multiple kleine Hautabscesse entwickelt hatten. Jedenfalls zeigt der Fall, wie sich am Ende eines normalen Wochenbettes aus einer anscheinend ganz gutartigen Mastitis eine gefährliche S. mit schlechtem Ausgange für Mutter und Kind ausbilden kann. (Centralbl. f. Gynaekologie 1902 No. 52.)

Syphilis. Einen **Primäraffect der Bindehaut** stellte Enslin vor. Der Pat., einer Hebamme, *spritzte bei der Entbindung eines luetischen Kindes Fruchtwasser ins linke Auge*. Sofort reinigte sie sich das Auge „energisch“ mit Wasser und dünner Lysollösung. Zunächst keine Beschwerden. Nach fast 4 Wochen, angeblich ziemlich plötzlich, sehr heftige Schmerzen. Bei der Aufnahme in die kgl. Augenklinik zeigte sich die Bindehaut, namentlich am unteren Abschnitte des Bulbus, stark geschwollen; nach unten innen flaches, langgestrecktes, speckig belegtes Geschwür mit Infiltration der Umgebung; submaxillare Lymphdrüsen links bis Kirschgrösse geschwollen, schmerzlos. Behandlung: Neben Inunctionen, local Calomeleinstäubungen und feuchter Verband. — Der Sitz der Affection ist sehr selten. Meist ist bei einem Primäraffect am Auge der Lidrand befallen, die Uebertragung erfolgt gewöhnlich durch inficirte Finger oder Kuss. In obigem Falle war sie nicht allein auf das hineingespritzte Fruchtwasser zurückzuführen, sondern auch auf das Auswaschen und Verreiben des Virus, sodass auf der vorher intacten Bindehaut eine kleine Verletzung entstand, durch welche die Infection erfolgte.

(Medic. Section der schles. Gesellschaft f. vaterl. Cultur in Breslau.
28. XI 1902. — Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 102.)

— Ueber **parenchymatöse Nephritis bei Lues** lässt sich Dr. Max Wagner aus. Derselbe fand in der Litteratur nur 11 Fälle, die sicher als syphilitische Nephritis zu deuten waren, wo also jede andere Aetiologie bestimmt ausgeschlossen werden konnte. Er selbst fügt noch 3 eigene Beobachtungen aus der Leipziger medicin. Klinik hinzu.

die im secundären Stadium der S. eintraten. Die 11 Fälle aus der Litteratur zerfallen in 2 Rubriken. Der ersten gehören 7 Fälle an, in denen die Nephritis stets im Secundärstadium der S. auftrat, 5 mal unmittelbar nach dem ersten Ausbruch der Secundärsymptome, 1 mal unmittelbar nach einem Recidiv, 1 mal 4—5 Monate nach dem Auftreten nicht behandelter Secundärsymptome. In allen acuter Verlauf. Hg-Kuren mit oder ohne Combination mit Jodkali wurden in 5 Fällen verordnet, 1 mal Decoct. Zittmannii; in allen heilte die Nephritis unter der antiluetischen Behandlung ab, ohne dass Intoxicationerscheinungen auftraten. Der 2. Kategorie gehören 4 Fälle von Nephritis bei hereditärer Lues bei Kindern an. Die luetischen Symptome waren deutlich ausgesprochen, und die Harn- resp. Sectionsbefunde liessen über den parenchymatösen Charakter der Nephritis keinen Zweifel. Darmerkrankungen oder Scharlach oder sonstige Infectiouskrankheiten wurden in allen sicher verneint, andererseits schalteten sich bei dem frühen Lebensalter die übrigen Entstehungsursachen der Nephritis von selbst aus, sodass man die Nephritis als luetisch ansehen musste. Bei 3 Fällen wurden Hg-Kuren, zum Theil wiederholt, vorgenommen, und sie führten, ohne irgendwelche Intoxicationerscheinungen hervorzurufen, in allen Fällen zur Heilung resp. Besserung. Also insgesamt 14 Fälle von zweifellos syphilitischer Nephritis. Davon trat die Nephritis 4 mal bei hereditärer S. auf und in den übrigen, mit einer Ausnahme, im Secundärstadium der S., 7 mal mit deren erstem Ausbruch, 1 mal im Recidiv, 1 mal mehrere Monate nach dem Auftreten nicht behandelter Secundärsymptome, aber in 12 Fällen unmittelbar mit resp. kurz nach dem Ausbruch der luetischen Erscheinungen. Gerade dies zeitliche Zusammentreffen des Ausbruchs der Nephritis mit dem Auftreten der Secundärsymptome resp. neuen Eruptionsperioden der S. ist charakteristisch für die syphilitische parenchymatöse Nephritis und bestimmend für deren Diagnose. In Symptomen und Verlauf bietet die luetische Nephritis nichts wesentlich Abweichendes von dem gewöhnlichen Bilde der acuten und chronischen parenchymatösen Nephritis dar. Die Prognose ist ernst, der Verlauf meist ein sehr schwerer, häufig zu Tode führender; aber trotz anscheinend sehr bedrohlicher Symptome kann Heilung, und zwar definitive, erfolgen. Betreffs der Therapie, d. h. der Einleitung einer specifischen Behandlung schwankten bisher die Ansichten sehr. Von jenen 14 Fällen ist 1 mal die Therapie nicht verzeichnet. 3 mal wurde kein Hg ver-

abreicht, und bei 2 davon trat Uraemie auf, die letal endete, 1 mal wurde erst Jodkali ordinirt, aber erst auf Ordination von Decoct. Zittmannii trat Heilung ein. 1 mal gingen zwar die urämischen Erscheinungen bei Milchkur zurück, der Eiweissgehalt blieb aber auf gleicher Höhe, und erst nach antiluetischer Behandlung trat rasche Besserung aller nephritischen Erscheinungen ein. Alle übrigen 9 Fälle wurden mit Hg im Verein mit Jodkali behandelt, und nur 1 mal zeigten sich schädliche Wirkungen des Hg, 8 mal blieben Intoxicationsercheinungen aus, ja die Nephritis heilte rasch und völlig ab, und der Fortbestand der Heilung konnte mehrmals durch Jahre hindurch controllirt werden. Es setzte allerdings die specifische Therapie meist nicht unmittelbar nach Ausbruch der Nephritis ein, sondern es wurde zunächst durch hygienisch-diaetetische Behandlung das Zurückgehen der ersten Erscheinungen abgewartet, ehe Hg und Jodkali zur Anwendung gelangten. Also 14 Fälle: 4 mal keine mercuriale Behandlung, davon starben 3; in 10 Fällen theilweise wiederholte Hg-Kuren, davon nur 1 mal Intoxikation, nur 2 Todesfälle, 8 Genesungen. *Daraus geht wohl die Berechtigung einer specifischen Therapie klar hervor!* Zweckmässig ist es, damit zu warten, bis etwa die schweren Erscheinungen durch diaetetische Behandlung gebessert werden, denn Hg wird ja zum grossen Theil durch die Nieren ausgeschieden, sodass bei Erkrankung derselben infolge der mangelhaften Ausscheidung des Hg ernste Intoxicationen eintreten können. Auch soll man anfangs nur kleine Dosen anwenden und stets den Pat. sorgfältig beobachten. Injectionskuren vermeide man ganz! *Aber eine vorsichtig mit kleinen Dosen eingeleitete Schmierkur ist bei luetischen Nierenaffectationen die allein zulässige Methode.*

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 50 u. 51.)

- **Fieber und Schüttelfröste mit Leberschwellung (ulcerirte Lebergummata) geheilt durch Quecksilber.** so betitelt Prof. G. Klemperer eine casuistische Mittheilung, der folgender Fall zu Grunde lag. Am 14. August wurde Autor aufgesucht von einem 30jährigen blassen, mageren, cachektisch erscheinenden Herrn, welcher klagte, seit Anfang Juni an Fieber und Schüttelfrösten zu leiden, 30 Pfund an Gewicht verloren zu haben und arbeitsunfähig zu sein. Die Aerzte hätten auf Typhus, Wechselfieber u. s. w. behandelt, aber nichts erreicht. Die Temperaturen hatten sich meist um 38,5° bewegt, nur einigemal 39° und darüber

erreicht. Fast allabendlich hatte Pat. Frösteln gespürt, das dann in Hitze und Schweiss übergegangen wäre; mehrfach war richtiger Schüttelfrost eingetreten; der Appetit war dauernd schlecht. Lungen und Herz fand Autor gesund, ebenso die Rachenorgane, Gelenke, Geschlechtstheile, Drüsen-gegenenden u. s. w. Dagegen Leber etwa 2 Querfinger breit nach abwärts vergrössert, auf Druck etwas schmerzhaft, dabei von ebener Consistenz, glattem Rand. Milz ebenfalls vergrössert zu fühlen, erreichte bei tiefen Inspirationen gerade den Rippenbogen. Urin normal. Autor combinirte sofort das Fieber mit der geschwellenen, schmerzhaften Leber. Aber die Ursache der Leberaffection? Gallenstein, Echinococcus etc. konnten nicht vorliegen. Da erinnerte sich Autor ähnlicher Fälle, wo die syphilitische Aetiologie nachgewiesen werden konnte. Anfang der 90er Jahre hatte er einen jungen Rechtsanwalt gesehen, der monatelang an erratischen Frösten mit Icterus und Leberschwellung litt, sodass die Diagnose Leberabscess zweifellos, die Prognose sehr traurig erschien. Kurz ehe Pat. operirt werden sollte, stellte Geheimrath Renvers fest, dass er vor Jahren sich luetisch inficirt hatte, und leitete eine Sublimatspritzkur ein, die einen unerhörten Erfolg hatte; die Fröste hörten auf, der Icterus verschwand, die Leber verkleinerte sich, Pat. wurde ganz gesund und blieb es bis heute. Renvers war überzeugt, dass es sich um ulcerirte Lebergummata gehandelt, die unter der spezifischen Behandlung zu glatter Vernarbung kamen. Autor behandelte 1896 einen 36jähr. Herrn, der in mehrwöchentlichen Zwischenräumen Anfälle von sehr hohem Fieber mit Schüttelfrost ohne Kolikschmerzen gehabt hatte, bei dem dann Leberschwellung und Icterus ohne Fieber bestand. Auch wurde früher Lues zugestanden und durch Schmierkur Heilung erzielt. Obiger Pat. wurde nun auf S. examinirt, und siehe da: er hatte vor 9 Jahren ein Ulcus durum gehabt, hatte eine kurze Schmierkur durchgemacht und längere Zeit Jodkali bekommen. Sollte es sich auch hier um zerfallende Lebergummata handeln, das Fieber Folge der Resorption necrotischen Gewebes sein? Sublimatinjectionen (in jeder Spritze 1 ccm einer Lösung von 0,2 Sublimat, 2,0 Kochsalz auf 10,0 Wasser). Das Fieber blieb nach der 14. Injection fort und kam nicht wieder. Die Leber kehrte zur Norm zurück, ebenso die Milz, Pat. bekam Appetit, hatte am 27. October 18 Pfd. zugenommen und ist seit dem 1. October wieder in seiner Thätigkeit. Es hat sich also höchstwahrscheinlich um tertiäre Erscheinungen des S. gehandelt.

(Die Therapie der Gegenwart 1903 No. 1.)

Tuberculose. Ueber die Berechtigung und Nothwendigkeit, bei tuberculösen Arbeiterfrauen die Schwangerschaft zu unterbrechen, stellte Dr. C. Hamburger (Berlin) eingehende Erwägungen und Untersuchungen an und gelangte zu folgende Schlüssen:

1. Die Bekämpfung der Lungenschwindsucht als Volkskrankheit bleibt lückenhaft, so lange nicht zu der Frage Stellung genommen wird: Was soll mit tuberculösen Arbeiterfrauen geschehen im Zustand der Gravidität?
2. Die ungeheure Bedeutung dieser Frage erhellt aus der Thatsache, dass über 75% aller in Preussen Erwerbsfähigen ein Einkommen bis zu 900 Mk. besitzen, mithin unter pecuniären Verhältnissen leben, in denen von einer wirksamen Behandlung dieser Krankheit keine Rede sein kann, selbst in physiologischen Zeiten.
3. Da es für die tuberculöse Arbeiterfrau ein Unglück ist, wenn sie gravide wird; da ferner keine Möglichkeit besteht, auf ihre Krankheit in dieser Zeit einzuwirken, diese Zeit mithin für die Behandlung verloren geht; da andererseits die Lebenserwartung des von phthisischen Arbeiterfrauen stammenden Nachwuchses gering ist und nach unserer Anschauung jede Tuberculose die Umgebung gefährdet; so erfordert die Rücksicht 1. auf die Kranke, 2. auf deren Familie, 3. auf die Gesammtheit, dass die notorisch einzige in diesen kostbaren 9 Monaten vorhandene Chance ausgenutzt, die Schwangerschaft also je früher, desto besser unterbrochen werde.
4. Dass hierbei individualisirt werden muss, ist selbstverständlich, aber unbedingt gerechtfertigt. wo nicht geboten ist der Eingriff, wenn sich im Auswurf Tuberkelbacillen finden.
5. In der Bekämpfung dieser Volkskrankheit würde es ein mächtiger Schritt vorwärts sein, wenn diese Auffassung Eingang fände in die Lehrbücher der Geburtshilfe, vor allem aber, wenn der nächste Tuberculose-Congress zu dieser Frage nicht mehr schweigen, sondern den Leitsatz offen aussprechen wollte:

„Wenn in einer Familie die Ehefrau an T. erkrankt, kenntlich durch Abmagerung, Kräfteverfall. anhaltenden Husten und eitrigen oder blutigen Auswurf, so ist mit allen erdenklichen Mitteln der Eintritt einer Schwangerschaft hintanzuhalten; kommt es dennoch dazu, so ist sofort ein Arzt zu rufen, welcher in Gemeinschaft mit einem 2. Arzte, unter schriftlicher

Protokollirung des Sachverhaltes, zu entscheiden haben wird, ob in dem vorliegenden Falle die Schwangerschaft ohne Lebensgefahr für die Mutter bis zu Ende gehen darf.“

(Berliner klin. Wochenschrift 1902 No. 45—47.)

— Ueber **operative Behandlung der Lungentuberculose** sprach Prof. Landerer und kam zu folgenden Schlüssen:

1. Die Scheu, Lungentuberculosen operativ in Angriff zu nehmen, ist unberechtigt. Tuberculöse ertragen die Thorakoplastik gut.
2. Die Thatsache, dass grössere Cavernen nur in seltenen Fällen dauernd stationär bleiben, berechtigt zu operativem Vorgehen.
3. Die Thorakoplastik vermag erhebliche, länger dauernde Besserungen, selbst temporäre Heilungen zu bringen.
4. Bei Unterlappentuberculose erscheint der Gedanke operativen Eingreifens besonders naheliegend.

(Naturforscherversammlung in Carlsbad.
Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 47.)

— Eine **combinirte Behandlung der Phthise mit Kalk und Tuberculin** empfiehlt Dr. Rudolph (Magdeburg). Die Heilung der Lungentuberculose vollendet sich ja, indem an Stelle des kranken Gewebes entweder eine Bindegewebswucherung tritt, oder indem die afficirten Parthieen verkalken; sehr häufig wirken beide Heilfactoren zusammen. Die Tendenz der Selbstheilung durch Bindegewebswucherung sucht man durch Tuberculininjectionen zu unterstützen; wir wissen, dass durch dieselben eine Hyperaemie in der Umgebung der erkrankten Parthie hervorgerufen wird, und nehmen an, dass durch die sich wiederholenden perituberculösen Congestionszustände die Bindegewebswucherung angeregt wird. Um eine Verkalkung der Knoten resp. Bildung eines Abschlusses des localen Processes durch eine feste Umwallung mittelst einer mit Kalk imprägnirten Bindegewebschale zu unterstützen, hat nun Autor mit Etappen-tuberculinkuren die Einführung von Kalk in den Körper per os und per klysma combinirt. Die Pat. müssen abends vor dem Schlafengehen immer 150—250 g Kalkwasser mit gleichen Quantitäten warmen Wassers verdünnt per klysma einführen. Sie gewöhnen sich bald daran, die Flüssigkeit zu halten, die prompt resorbirt wird; Autor hat auch keinen Grund anzunehmen, dass die in der Flüssigkeit enthaltene Kalkmenge (ca $\frac{1}{4}$ g) nicht in den Körper aufgenommen wird. Zugleich nahmen die Pat.

Rp. Calc. carb.

Calc. phosphor. aa 20,0

S. 3 \times täglich $\frac{1}{2}$ Theelöffel.

Unangenehme Nebenwirkungen traten bei den 5 Fällen fortgeschrittener T., die Autor so behandelte, nicht auf, dagegen zeigten die Resultate, dass jene Methode sehr wohl verdient, versucht zu werden.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 48.)

- Zur Beurtheilung der **Phthise im Säuglingsalter** beschreibt Dr. M. Hohlfeld 2 Fälle (aus der Kinderklinik in Leipzig), betreffend ein 7 Monate und ein 10 Monate altes Kind mit grossen Cavernen im Oberlappen. Bei dem 1. Patienten war es zur Bildung einer grösseren Caverne im rechten Oberlappen gekommen, wo die Phthise ihren Hauptsitz hatte; auch in der linken Lunge nahm die Grösse der tuberculösen Herde nach den Unterlappen zu ab. Der tuberculöse Charakter der Lungenerkrankung ergab sich aus der Anamnese, dem ganzen Krankheitsbilde und vor allem durch den Nachweis von Tuberkelbacillen im Sputum, während Auscultation und Percussion mit Sicherheit nur die Zeichen einer Verdichtung des Lungengewebes ergaben. Beim 2. Kinde bestanden intra vitam Cavernensymptome, die durch den Nachweis elastischer Fasern im Sputum besonderen Rückhalt gewannen. Während man jedoch nach dem klinischen Befunde einen grösseren Hohlraum erwarten durfte, fand sich bei der Section, dass dieser nur vorgetäuscht wurde durch Bronchiektasien in der Umgebung der kleinen Caverne, die auch hier im Oberlappen sass, während die Tuberculose ziemlich gleichmässig über alle Lappen verbreitet war. Auch in diesem Falle wurden im Sputum Tuberkelbacillen nachgewiesen. Es fand hier ferner — ein seltenes Ereigniss in diesem Alter — eine Haemoptoe statt. Beide Fälle zeigen wieder, welche Ausdehnung die Phthise schon bei Säuglingen annehmen kann.

(Münchener med. Wochenschrift 1902, No. 47.)

- Die **Beziehungen zwischen Tuberculose und Krebs** erörtert Dr. Ed. Aronsohn (Ems-Nizza). Bei seinen Patienten fiel ihm zweierlei auf: erstens, dass der grössere Theil derselben angeben konnte, dass eines der Eltern oder Geschwister an Tuberculose gelitten habe; zweitens aber, wo keine tuberculöse Heredität nachweisbar war, in vielen Fällen wenigstens ein carcinomatöses Leiden der Eltern festzustellen war. Er erinnert sich an einige 20 Fälle

von Tuberculose, wo angegeben wurde, dass Vater oder Mutter an Krebs gestorben sei. Solche Beziehungen werden uns klarer, wenn wir an das „Lupuscarcinom“ denken, von dem schon über 130 Fälle bekannt geworden sind. Lupus ist gewissermaassen das Bindeglied zwischen Tuberculose und Krebs; eine Lupusinfiltation stellt auf der einen Seite eine Form der Tuberculose dar, und auf der anderen Seite scheint es, dass sie unter gewissen, noch unbekannten Bedingungen in eine Krebsgeschwulst sich verwandeln kann. Nach v. Leyden kommt Carcinombildung auf dem Grunde tuberculöser Affectionen häufiger vor; Zenker sah 3mal auf dem Grunde von tuberculösen Geschwüren in der Speiseröhre Carcinome sich bilden; Plien berichtete vor einiger Zeit über Carcinombildung auf dem Grunde eines tuberculösen Darmgeschwüres. Weisen schon diese Beobachtungen auf nahe Beziehungen zwischen Tuberculose und Carcinom hin, so werden dieselben erst recht evident durch das relativ häufige Vorkommniss, dass *von krebsskranken Eltern sich tuberculöse Kinder entwickeln*, ein Vorkommniss, das ebenso häufig wie vom Autor, der es in etwa 10⁰/₀ seiner Fälle sah, auch von anderen bereits beobachtet worden ist. Man kann daran denken, dass die gelösten Stoffwechselproducte der Krebsparasiten von der Mutter durch die Placenta auf die Frucht übergegangen sind und diese besonders für die Aufnahme und das Gedeihen des Tuberkelbacillus präparirt haben, oder dass der Krebsparasit selbst vererbt worden ist, der aber bei seinem neuen Wirthe nicht dasselbe Lebensmilieu findet und dann entweder zu Grunde geht oder eine biologische Umwandlung vornimmt; oder aber dass der Krebsparasit selbst nicht vererbt wurde, sondern nur die schwache Anlage einzelner Körpertheile, die sie zur Aufnahme von irgendwelchen Mikroben besonders befähigt, z. B. von Tuberkelbacillen, welche eine Invasion auf diese prädisponirten Theile zufällig gemacht haben. Wie dem auch sein mag, jedenfalls kann der Satz aufgestellt werden, dass die phthisische Diathese nicht allein von Phthisikern, sondern auch von Carcinomkranken den Nachkommen überliefert werden kann, und dass *wahrscheinlich Carcinom, Lupus und T. aetiologisch zu einer Familie gehören*.

(Deutsche medicin. Wochenschrift 1902 No. 47.)

Tumoren. Wiederherstellung des Sehvermögens eines durch Krebs fast erblindeten Auges mit Hilfe des Cancroins meldet Prof. Adamkiewicz (Wien). Eine 42jährige

Schriftstellerin war wegen Krebs der rechten Brustdrüse und Recidivs April 1899 resp. März 1902 operirt worden. In der Zwischenzeit (September 1900) hatte sich auf der kranken Seite eine Pleuritis eingestellt, die nach einigen Wochen abheilte. Auch das Grundleiden kam nicht zum Stillstand; im Operationsgebiet und weiter begann es von neuem zu treiben. Vor allem aber fing das Sehvermögen des linken Auges zu schwinden an, und im Frühling 1902 erlosch die Sehkraft vollständig. Prof. Goldzieher (Budapest) stellte *krebsige Infiltration der Choroidea und partielle Netzhautablösung* fest und erklärte den Fall für trostlos. Am 30. Juli sah Prof. Adamkiewicz die Pat. zum 1. Male und fand die rechte Hälfte des Thorax gänzlich missgestaltet. Die Brustdrüse fehlte. An ihrer Stelle zog sich eine breite Narbe von der Achselhöhle herab zum Schwertfortsatz; 2 ebene, harte Wülste begleiteten die Narbe und zeigten, dass das operirende Messer den eigenen Weg mit Krebskeimen besäet hatte, wodurch auch jene Pleuritis zustande gekommen war, indem die Keime das Brustfell erreichten. In der rechten Supraclaviculargrube Krebsmetastase von Wallnussgrösse. Beginn mit Cancroin-Injectionen. Schon Tags darauf deutliche Abnahme der Infiltrate an den Narben, am nächsten Tage auch Verkleinerung der Drüse über dem Schlüsselbein. Infiltrat und Drüse schwanden weiter, letztere verschwand nach kurzer Zeit gänzlich, die Narbe erschien von lockerer, weicher, von Infiltrat gänzlich befreiter Haut eingefasst. Aber auffallenderweise begann sich auch das Sehvermögen seit den Cancroin-Injectionen zu bessern, und diese Besserung hielt Schritt mit den anatomischen Veränderungen an den äusseren Krebsmetastasen. Pat. sah besser und besser, was auch ein Wiener Augenspecialist, der ebenfalls ein subretinales Carcinom diagnosticirte, objectiv feststellte. Das Sehvermögen kehrte fast vollständig wieder, und auch Prof. Goldzieher, dem sich Pat. jetzt wieder vorstellte, constatirte nicht nur die colossale Besserung des Sehvermögens, sondern auch untrügliche Zeichen von Resorption im Augenhintergrund.

(Aerztl. Rundschau 1902 No. 51.)

- **Cancroin** wandte Dr. J. Decker (München) bei 4 Fällen (2 mal Oesophaguscarcinom, 1 mal Carcinom der grossen Curvatur des Magens, 1 mal Carcinom des Colon descendens) an, aber *das Mittel versagte bei allen*; weder hielt es den tödtlichen Vormarsch der Krankheit auf, noch milderte es auch nur die Qualen der Kranken.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 Nr. 51.)

- **Ein inoperables Carcinom behandelt mit Röntgenbestrahlung** hat Prof. Dr. Max Schüller (Berlin). Der 3 $\frac{1}{2}$ jährige Knabe wies ein recidivirendes Rundzellensarkom auf, das männerhandgross war und sich vom linken Hinterhaupt bis herab zur Clavicula erstreckte. Es wurden jeden 2. Tag Bestrahlungen vorgenommen, und die ersten derselben hatten überraschenden Effect, indem sehr auffällige Rückbildung der Geschwulstmasse erfolgte. Später zeigte die Einwirkung grosse Schwankungen und eine Heilung war nicht zu erzielen, das sehr elende Kind unterlag seinem Leiden. Jedenfalls wurde durch die Röntgentherapie das Wachsthum des Tumors, der bekanntlich sonst sehr rasch zu wachsen pflegt, verzögert und auch ein Theil des Sarkomgewebes direct zum Schwinden gebracht. Mehr Erfolg wird man wahrscheinlich haben, wenn man früher diese Behandlung einleitet, womit nicht gesagt werden soll, dass die chirurgischen Eingriffe in den Hintergrund geschoben, werden sollen. Aber wo diese nicht ausführbar, da sollte die Röntgenbestrahlung versucht werden, diese sollte auch unmittelbar nach der Operation der Sarkome platzgreifen, zur Verhütung von Recidiven. •

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1908 Nr. 4.)

Ulcus ventriculi. Die **Behandlung mit Olivenöl** empfiehlt warm Dr. K. Walko (med. Klinik v. Jaksch). Diese Behandlung entspricht sämmtlichen v. Ziemssen und v. Leuberschen Forderungen für die Ulcusbehandlung, erstens bezüglich der Kost, die den Magen so wenig und so kurz als möglich belästigen soll, und auch bezüglich des 2. Punktes, der möglichsten Beeinflussung des übersauren Magensaftes und der Stuhlverstopfung. Das Olivenöl ist bei der Ulcusbehandlung als Nahrungsmittel um so höher zu schätzen, als es bei einer absoluten Reizlosigkeit und Unschädlichkeit einen hohen Nährwerth besitzt, gut resorbirt, auf die Motilität keinen schädigenden Einfluss ausübt und auch bei höheren Graden von Magenektasie keine bakterielle Zersetzung erfährt. Olivenöl besitzt ferner, wie alle Fette, einen stark hemmenden Einfluss auf die Salzsäuresecretion im Magen, endlich regelt es den Stuhlgang. Es wird bei allmählicher Angewöhnung nicht allein ausgezeichnet vertragen, sondern wirkt auch ausserordentlich günstig auf die Beschwerden ein. Kommt doch auch noch eine mechanische Wirkung hinzu, indem es einen Schutz für das U. bildet, in innigen Contact mit demselben gelangend, dasselbe deckt, die Reizwirkung des sauren Magensaftes abhält und

so eine schnellere Heilung des Geschwürs anbahnt. Als Beweis dafür kann das rasche Verschwinden der bohrenden und reissenden Schmerzen in der Magengegend nach Oeleinnahme gelten. Die Verabreichung von Olivenöl ist auch nach frischen Magenblutungen jedem anderen Nährstoff vorzuziehen. Bei frischem U. giebt Autor das Oel erst esslöffelweise, lässt nachher den Mund und Rachen mit einem angenehmen Mundwasser ausspülen und steigert allmählich die Dosis auf 50 ccm 3mal täglich. Bei unbezwinglichem Ekel giesst er 100—200 ccm Oel in Form feinsten Emulsion durch eine weiche Sonde ein. Dies Verfahren wendet er mit Ausschluss aller anderen Nahrungsmittel per os so lange an, bis die schwersten Erscheinungen des U. vorüber sind, was gewöhnlich 3—6 Tage dauert (während dieser Zeit kann Rectalernährung stattfinden). Ausgezeichnet bewährte sich Olivenöl auch beim chronischen U. Die Oelbehandlung des U. nimmt entschieden eine kürzere Zeit in Anspruch, als sonst die Kur. Es gelingt meist, die Pat. in der 1. Woche beschwerdefrei zu machen, gleichwohl giebt Autor das Oel noch 14 Tage weiter. Auch Kohlehydrate können gleichzeitig ohne Beschwerden gereicht werden. Einige Male combinirte Autor die Oelkur mit der Wismuthkur, indem er grössere Dosen Bismuth. subnitr. darreichte; das schien ausgezeichnet zu wirken.

(Centralblatt f. innere Medicin 1902 No. 45.)

- Einen **Fall von durch innere Behandlung geheilter Perforationsperitonitis bei U.** publicirt Dr. H. Spicker (Züllichau). Ein 17jähriges kräftiges, aber an U. leidendes Mädchen erkrankte im Anschluss an Magenblutungen plötzlich an heftigen Leibschmerzen, Aufstossen, Würgen, Beklemmung, starkem Meteorismus, grosser Druckempfindlichkeit des Abdomens u. s. w. Trotz normaler Temperatur recht bedrohliches Krankheitsbild, das sich noch in den nächsten Tagen verschlimmerte. Furchtbare Schmerzen, sehr bedeutender Meteorismus, vollständiges Sistiren von Stuhl und Flatus, quälendes Aufstossen, galliggrünes Erbrechen bei normaler Temperatur. Hoffnung gewährte der relativ gute Puls und die kräftige Constitution. 3 Wochen ausschliesslich Ernährung vom Darm aus: Milch, Eier, Zucker, Weizenmehl, Kochsalz und Rothwein, auf 3 Portionen vertheilt, ausserdem 1—2 stündl. 10 Tropfen Opiumtinctur, gegen den quälenden Durst erst Eispillen, später kleinere Mengen abgebrausten Selterwassers, ausserdem Eucaïn-Belladonnatropfen; auf den Leib Alkoholumschläge, die sehr gut

wirkten, dann auch Credé'sche Schmierkur. Die Erscheinungen gingen langsam zurück, aber das Bild blieb noch lange ein bedrohliches. Zur Stillung der Athemnoth nach 8 Tagen vorsichtig ein Seifenwasserklystier, das gut wirkte und häufiger wiederholt werden musste. Nährklystiere wurden gut vertragen, der Nahrungsbedarf einigermaassen gedeckt. Nach 3 Wochen versuchte Autor Milch per os, mit Mondamin versetzt. Der Magen blieb noch Monate äusserst empfindlich und reagierte noch häufig mit Erbrechen (auch manchmal blutig verfärbtem). Daher 3 Monate nur Milch, aber unter Zusatz von Roborat, das gern genommen, gut vertragen und prächtig ausgenützt wurde, da Pat. sichtlich zunahm. Allmählich dann andere Kost; nach 4 Monate langem Krankenlager konnte Pat. wieder aufstehen und wurde geheilt entlassen. — Der Fall zeigt, dass unter besonders günstigen Umständen auch mal solche Perforationsperitonitis ohne Operation heilen kann. Wahrscheinlich war die Perforation eine minimale und bald durch Verwachsungen verklebt, der Mageninhalt zur Zeit an Keimen arm, sodass die Entzündung mehr als „aseptische“ anzusehen war.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 1.)

Vitia cordis. Agurin hat Dr. Arpád Fauser (Spital der barmherzigen Brüder, Budapest) bei 12 Pat. mit hydropischen Zuständen angewandt. Glänzende Resultate wurden erzielt bei 9 davon, von denen 3 an Insufficiencia valvulae bicuspidalis, 1 an Insufficiencia valvulae semilunar. aortae, 1 an Myodegeneratio cordis, 1 an Insufficiencia valvobicuspidal. cum stenosi ostii venos. sinistr. und 3 an Nephritis arteriosclerotica litten. Schädliche Nebenwirkungen zeigten sich nie, die diuretische Wirkung aber stellte sich prompt ein, bei manchem Pat. in geradezu überraschendem Maasse. Sie konnte noch gesteigert werden durch Combination mit Milchdiät. Die Harnabsonderung eines an Arteriosklerose leidenden Pat. steigerte sich nach Verabreichung von Agurin und Milchdiät auf täglich 4600—4800 ccm. Auch in verzeifelten Fällen äussert Agurin noch eine Wirkung, wenn es auch natürlich den Exitus nicht aufzuhalten vermag. 64jähr. Tagelöhner kam am 9. IV. 02 ins Spital; Athemnoth, cyanotische Lippen, im Bauch und beiden Brusthöhlen starke Ergüsse, ganze Körperhaut hydropisch; linke Herzseite vergrössert, Adern verschlungen, 200 ccm Harn mit geringem Eiweissgehalt. Am 13. IV. und 6 aufeinander folgenden Tagen 3 g Agurin pro die. An diesen Tagen

18*

500, 1200, 1000, 2000, 4000 ccm, am 18. wieder 200 ccm, am Abend dieses Tages Somnolenz, Exitus Tags darauf. 3mal täglich 1 g Agurin (als Pulver) genügen in den meisten Fällen; man kann es so wochenlang geben, ohne dass unangenehme Erscheinungen sich zeigen. Die Pat. vertrugen es alle sehr gut, mit Ausnahme eines, der an Nephritis parenchymatosa litt, wo das Mittel auch, wie bei dieser Form der Nephritis überhaupt, versagte. Erfolglos blieb es auch in 2 Fällen von Ascites infolge von Lebercirrhose, wo Diuretica ja meist versagen. Vorzüglich aber war die Wirkung bei cardialem und arteriosklerotischem Hydrops; wenn alle Mittel hier im Stich lassen, können wir immerhin noch auf Agurin unsere Hoffnung setzen. (Allgem. med. Central-Ztg. 1903 No. 2.)

- Ueber **traumatische Endocarditis** trug Prof. R. Stern vor und stellte 2 Fälle von Endocarditis der Aortenklappen vor, von denen der eine, bereits früher beschriebene sicher, der andere wahrscheinlich auf Contusion der Brust zurückzuführen ist. In dem zweiten Falle handelt es sich um einen jetzt 29jähr. kräftigen Mann, der während seiner Dienstzeit (Sommer 1894) bei einer Bajonettirübung einen starken Stoss gegen das Brustbein erhalten hatte. Darnach heftige Athemnoth; doch setzte er den Dienst nicht aus. März 1895, also $\frac{3}{4}$ Jahr später, nach einem sehr anstrengenden Marsche mit vollem Gepäck Beklemmungsgefühl. Wurde damals 7 Wochen lang wegen „Herzdehnung“ im Lazareth behandelt und dann als Invalide entlassen. Damals sei bereits dem Arzte ein lautes Geräusch am Herzen aufgefallen. Seitdem Beschwerden bei stärkerer Arbeit: Herzklopfen, Athemnot. Gegenwärtiger Befund: Puls meist etwas verlangsamt, ziemlich klein, nicht ausgesprochen tardus. Keine nachweisbare Arteriosklerose. Erhebliche Vergrößerung des linken Ventrikels. Sehr lautes systolisches Geräusch über der Aorta, das sich in die Carotiden fortsetzt. Keine Stimmbandlähmung, keine sonstigen Symptome eines Aneurysmas. Votr. macht auf die Wichtigkeit einer bald nach dem Unfall vorgenommenen genauen Untersuchung in derartigen Fällen aufmerksam. Da im 2. Falle eine solche nicht stattgefunden habe, so sei die traumatische Entstehung nicht mehr sicher zu beweisen, indess recht wahrscheinlich, zumal analoge Fälle von schleichend sich entwickelnder traumatischer Endocarditis wiederholt beschrieben sind. In dem 1. Falle war dieser Zusammenhang offenkundig, da in der ersten Zeit nach dem Unfall ein Geräusch fehlte, aber 6 Wochen nachher auftrat.

— Discussion: Schulz betont, dass beim Militär nicht so ganz selten im Anschluss an Bajonettstoss, Sturz vom Pferde u. dgl. die Entwicklung von Endocarditis beobachtet wird. Im Jahresbericht 1900/1901 waren 4 oder 5 Fälle beschrieben, wo im directen Anschluss an solche Verletzungen sich bei vorher ganz gesunden Leuten das ausgesprochene Bild der Endocarditis entwickelte und grösstentheils schliesslich ein Klappenfehler zurückblieb. Es handelte sich dabei um Erkrankung der Mitralis. Autor selbst hat im vorigen Jahre bei einem Rekruten, der mit ganz gesundem Herzen eingestellt war, im Anschluss an eine einmalige Ueberanstrengung beim Exerciren eine Endocarditis an der Mitralis sich entwickeln sehen, von der eine Mitralinsufficienz zurückblieb; letztere führte zur Invalidisirung. Stern: Eine einmalige starke Anstrengung führt wohl eher zu einer Klappenverletzung, an die sich allerdings secundär eine Endocarditis anschliessen kann. Schulz: Die Fieberbewegungen in den angegebenen Fällen zeigen, dass es sich um entzündliche Processe handelte.

(Medicin. Section der schles. Gesellschaft f. vaterländ. Cultur in Breslau, 12. XII. 1902. — Allgem. med. Central-Ztg. 1903 No. 2.)

Vermischtes.

- Ueber das Auftreten und die Ursache von Glykosurie, Albuminurie, Cylindrurie nach schweren Schädelverletzungen berichtet Medicinalrath Dr. Borchard (Posen, Diakonissenhaus). Derselbe hat in den letzten Jahren den Urin bei derartigen Patienten so kurze Zeit wie möglich nach der Verletzung genau untersucht und dabei in 2 Fällen eigenartige Befunde, die etwas Gesetzmässiges zu haben schienen, erhoben. 1. Maurer von 17 Jahren hatte durch Fall aus dem 2. Stock einen *Schädelbasisbruch* erlitten und wurde bei erhaltenem Bewusstsein 1 Stunde darauf aufgenommen. Nach $\frac{1}{2}$ Stunde Urinuntersuchung: Bei specif. Gewicht von 1018 Eiweiss $1,2\frac{0}{100}$, Zucker $1,5\frac{0}{100}$, kein Aceton. Nach 4 Stunden bei demselben spec. Gewicht $1\frac{0}{100}$ Album., $\frac{1}{4}\frac{0}{100}$ Sacch., viele rothe Blutkörperchen, zahlreiche granulirte Cylinder. Nach weiteren 4 Stunden specif. Gewicht 1019, Album. $\frac{1}{4}\frac{0}{100}$, Zucker

kaum nachweisbar, dagegen noch sehr viel rothe Blutkörperchen und einige granulirte Cylinder. Der Zucker war $17\frac{1}{2}$, Eiweiss $37\frac{1}{2}$, Cylinder $17\frac{1}{2}$, rothe Blutkörperchen 40 Stunden nach der Verletzung völlig geschwunden. Urinmenge am 1. Tage 1200, am 2. Tage 1400 ccm; auch später keine Vermehrung der Urinmenge. Pat. geheilt entlassen, keine Anomalieen des Urins mehr. Ein 1 Jahr nach der Verletzung auf alimentäre Glykosurie vorgenommener Versuch negativ. 12 Stunden nach der Verletzung war die Temperatur auf 39° gestiegen, 20 Stunden erhöht geblieben, um dann abzufallen. 2. Sonst gesunder, kräftiger 20 jähriger Mensch wurde von einem herabfallenden Baumast getroffen, erlitt eine *Schädelbasisfractur* und wurde 6 Stunden später bewusstlos eingeliefert. 7 Stunden nach dem Trauma 1. Urinuntersuchung: specif. Gewicht 1020, geringe Spuren von Eiweiss, $1\frac{2}{3}\%$ Zucker, kein Aceton, keine rothen Blutkörperchen und Cylinder. Die in Abständen von 4 zu 4 Stunden vorgenommenen weiteren Untersuchungen ergaben 1% , $\frac{3}{4}\%$, $\frac{1}{4}\%$, 0% Zucker, ganz geringe Spuren Eiweiss, $22\frac{1}{2}$ Stunden post trauma einige rothe Blutkörperchen und granulirte Cylinder. Nach weiteren 4 Stunden hatte die Menge der corpusculären Bestandtheile bedeutend zugenommen. Urinmenge nicht vermehrt. Temp. stieg bis $39,5^{\circ}$. Exitus $27\frac{1}{2}$ Stunden nach dem Unfall. Die Section ergab eine quer durch die ganze Schädelbasis in der Gegend der Felsenbeinpyramiden verlaufende Fractur, 2 kleine Zertrümmerungsherde in der Gegend der Spitze des Temporal-lappens, einzelne Haemorrhagieen in der Hirnrinde, aber weder mikroskopisch, noch makroskopisch nachweisbare Veränderungen in der Gegend des 4. Ventrikels und der Medulla oblongata; die Nieren zeigten leichte Trübung der Rinden- und Marksubstanz. — Das Auffallende an diesen beiden Beobachtungen ist, dass nahezu unmittelbar nach dem Unfall Zucker zu $1,5$ — $1,75\%$ im Urin auftrat, dass gleichzeitig hiermit sich Albuminurie bis $1,2\%$ einstellte, und dass hierzu sich noch der Befund von rothen Blutkörperchen und granulirten Cylindern gesellte, wobei die Urinmenge nicht vermehrt war. Im 2. Falle erfolgte Exitus, im 1. schwanden nach 1—2 Tagen alle abnormen Bestandtheile aus dem Harn. Veränderungen des Urins sind ja schon nach den verschiedensten Traumen, auch nach Apoplexieen etc. beobachtet worden, das Auftreten von Zucker im Urin ohne Vermehrung der Harnmenge, ohne sonstige diabetische Symptome, also einfache Gly-

kosurie in einer Reihe von 212 der verschiedensten leichtesten und schwersten Schädeltraumen in 9,43⁰/₀, unter diesen aber bei Brüchen der Schädelbasis allein bei 23,8⁰/₀. Es nahm also das Auftreten von Zucker mit der Schwere der Verletzung zu. Gewöhnlich war die Veränderung einige Stunden, spätestens 1—2 Tage nach dem Unfall vorhanden, meist mit Albuminurie verbunden, und nahm continuirlich ab, sodass sie nach einigen Tagen völlig geschwunden war. Diese Glykosurie ist auch, jedoch weit seltener, nach den verschiedensten Traumen anderer Körperteile gesehen worden, die aber alle das Gemeinsame hatten, dass sie mit einer schweren Körpererschütterung einhergegangen waren. Charakteristisch für diese einfache Glykosurie ist, dass sie sofort oder sehr bald nach dem Unfall eintritt, gleich in ihrer grössten Intensität vorhanden ist, continuirlich abnimmt und schon nach Stunden bis höchstens einigen Tagen verschwindet; es bleiben keine Störungen des Gesamtorganismus zurück, alimentäre Glykosurie stellt sich nicht ein. Die Urinmenge ist nicht vermehrt, das specif. Gewicht kaum verändert, diabetische Symptome fehlen, dagegen treten gleichzeitig Albuminurie, rothe Blutkörperchen, Cylinder in den weitaus meisten Fällen auf. Ganz anders verhalten sich die sonst noch besonders nach Schädeltraumen beobachteten Veränderungen des Urins, zunächst die alimentäre Glykosurie. Wenn dieselbe auch an und für sich den Verdacht auf einen traumatischen Diabetes nicht zu erwecken braucht, so tritt sie doch gewöhnlich nur bei diabetisch veranlagten Individuen auf und zeigt immerhin eine schwere Schädigung des Gesamtorganismus. Diabetes insipidus ist mehrfach nach Schädeltraumen gefunden, bei einer nicht kleinen Anzahl fanden sich auch Läsionen in der Gegend des 4. Ventrikels. Diese Vermehrung der Urinmenge, des Durstgefühls tritt auch schon wenige Stunden nach dem Trauma ein, bleibt entweder in dieser Form ohne weitere Veränderung des Urins bestehen und kann dann nach und nach innerhalb von Wochen und Monaten in Heilung übergehen; es ist jedoch völlige Restitutio ad integrum nicht so sehr häufig, in zahlreichen Fällen bleibt dauernde Vermehrung des Urins. Wenn diese in ihrer Prognose quoad vitam nicht ungünstig zu beurtheilen sind, so gilt es nicht von den Fällen, in denen sich zu der Polyurie nach einigen Tagen, spätestens Wochen, Zuckerausscheidung, also traumatische Glykosurie hinzugesellt, wo sich also aus dem Diabetes insipidus ein Diabetes mellitus entwickelt, der in

allen bisherigen Fällen fast nach 2—3 Jahren letal endete. Dieser Diabetes kann nach Traumen bei vorher völlig gesunden jugendlichen Individuen einsetzen, es bedarf keiner diabetischen Disposition. Drittens ist unmittelbar nach Traumen, besonders wieder nach Schädelverletzungen, wirklicher Diabetes mellitus mit allen seinen Symptomen beobachtet worden, und zwar ebenfalls bei vorher völlig gesunden Individuen. Er tritt in 2 Formen auf, von denen sich die erstere schnell in vollem Umfang entwickelt, während die letztere chronisch verläuft und sich in nichts vom gewöhnlichen Diabetes unterscheidet. Hier interessiert nur die 1. Form, deren Zusammenhang mit dem Trauma ein unmittelbarer ist. Prognose ist meist günstig; nach einigen Monaten Heilung ohne irgend eine Störung des Gesamtorganismus. Allerdings kann es sich um intermittierenden Diabetes handeln, sodass man erst von Heilung sprechen kann, wenn wiederholte Untersuchungen bei gleichzeitiger Darreichung von Zucker negativ ausgefallen sind. Autor theilt also die Glykosurien nach Traumen in 2 grosse Gruppen ein: 1. Einfache Glykosurie. 2. Alimentäre Glykosurie, Diabetes insipidus, D. mellitus. Auch der Ort der Entstehung ist für die beiden verschieden. Man sollte wohl stets bei Schädelverletzungen auf Gehirnläsion in der Gegend des 4. Ventrikels schliessen. Wie soll man aber da das Auftreten von rothen Blutkörperchen und Cylindern erklären, das ohne entzündliche Vorgänge oder vasomotorische Störungen in der Nieren kaum zu deuten ist? Es ist sichergestellt, dass die normalen Nieren unter Einwirkung von Giftstoffen Zucker ausscheiden können. Normalerweise ist Zucker im Blute vorhanden, und die Nieren verlieren in den oben angedeuteten Fällen die Fähigkeit, diesen Zucker zurückzuhalten. Auch unter anderen Einflüssen kann ein renaler Diabetes eintreten, besonders aber bei allen Schädigungen, die irgendwie die vasomotorischen Bahnen zu den Nieren und in zweiter Linie auch zu den anderen Unterleibsdrüsen alteriren. Da nun der Befund von Albumen, besonders aber von rothen Blutkörperchen und Cylindern bestimmt auf Vorgänge in den Nieren hindeutet, die entweder entzündlicher oder rein vasomotorischer Art sind, da von der Hirnrinde aus in der Hauptsache die Regelung der Vasomotoren erfolgt, da ferner bei den meisten Traumen eine stärkere Körpererschütterung vorhanden ist, die zu einer Alteration der peripheren vasomotorischen Bahnen oder zu directen Circulationsstörungen in den Unterleibsorganen führt, und da

schliesslich Zuckerausscheidung erwiesenermaassen infolge derartiger Störungen in den Nieren auftreten kann, so liegt es sehr nahe, auch die nach Schädelverletzungen auftretenden Veränderungen des Urins auf Circulationsstörungen und dadurch bedingte Schädigung der Nieren zurückzuführen. Gerade das gemeinsame Auftreten von Glykosurie und Albuminurie weist nicht so sehr auf eine Schädigung in der Gegend des 4. Ventrikels, als vielmehr auf eine solche in den Nieren hin. Deshalb ist es geboten, die erste Gruppe völlig von der 2. zu trennen; ein Uebergang beider ineinander ist ausgeschlossen. Wenn z. B. bei einem Individuum, das nach einer Schädelverletzung eine einfache Glykosurie bekommen hat, sich nach etwa 1 Jahr ein Diabetes entwickelt, so sind wir zum mindesten nicht verpflichtet, letzteren auf das Trauma zurückzuführen. Können nun die Schädigungen der Nieren auf fettembolische Vorgänge bezogen werden? Solche Vorgänge erfordern eine gewisse Zeit. Das kürzeste freie Intervall sind wohl 6 Stunden nach den gemachten Erfahrungen. Da aber schon 3 Stunden post trauma Zucker in seiner grössten Menge nachgewiesen werden konnte, so ist dieser Punkt wohl in negativem Sinne entschieden. Dagegen ist nicht ausgeschlossen, dass die Temperaturerhöhung in beiden obigen Fällen in solchen Vorgängen ihren Grund hatte. Hauptsächlich lag aber dem Autor daran, die Aufmerksamkeit zu lenken auf derartige, besonders nach Schädelverletzungen auftretende Veränderungen, die, von klinisch gutartiger Bedeutung, zeigen, wie wenig verwerthbar diese scheinbar prägnanten Symptome für eine etwaige Gehirn-läsion einerseits und das Auftreten eines späteren Diabetes andererseits sind, wie es aber doch von Werth ist, sie zu kennen als den Ausdruck wahrscheinlich schwererer vasomotorischer Störungen der Unterleibsorgane.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde u. Invalidenwesen 1902 No. 12.)

- **3 neue Chininpräparate** der Vereinigten Chininfabriken Zimmer & Co. hat Prof. C. v. Noorden (Frankfurt a. M.) in den letzten 2 Jahren geprüft, von denen mindestens das eine, Chinaphenin, das allgemeine ärztliche Interesse erwecken wird. Die 3 Präparate sind:

1. *Aristochin*, das Dichinincarbonat oder Chinincarbon-säurechininaether, weisse, geschmacklose Krystalle. Hat den gleichen Effect, wie salzsaures Chinin, und zwar in den gleichen Gewichtsmengen, wie dieses. Seiner völligen Geschmacklosigkeit wegen sehr gut für die Kinderpraxis

geeignet, wo man es am besten in Form kleiner Chocoadenplätzchen (mit 0,1 oder 0,05) giebt.

2. *Bromochinol*, Chinin. dibromsalicyl. acid., das Chininsalz der Dibromsalicylsäure, hat Autor nur in beschränktem Maasse geprüft, und zwar bei *Fieber* (Typhus abdomin., Streptokokkensepticaemie, Pneumonie). Es beeinflusst in Dosen von 2 täglich 0,6—0,75 g die Temperatur ähnlich wie Halbgrammdosen von Chinin. mur. und wurde sehr gut vertragen. Wegen seiner Bromcomponente kann man das Mittel mit Vortheil als *Schlafmittel Fiebernder* benützen, doch hat Autor darüber noch zu wenig Erfahrungen.

3. *Chinaphenin*, chemische Verbindung von Chinin und Phenetidin, enthält also neben Chinin den wirksamen Bestandtheil des Phenacetins. Weisses, geschmackloses Pulver, sehr schwer in Wasser, leicht in Alkohol, Aether, Chloroform, Säuren löslich und mit letzteren, z. B. Schwefelsäure, leichtlösliche Salze bildend. Am meisten hat Autor es in der Kinderpraxis bei *Keuchhusten* angewandt. Dosis: bei Säuglingen 3 × täglich 0,15—0,2, bei älteren Kindern 0,2—0,3. Erfolg entschieden günstig, insofern sich alsbald nach Beginn der Behandlung die Anfälle nach Zahl und Heftigkeit verminderten. Bei keinem der 14 so behandelten Kinder überstieg während der Darreichung des Mittels die Zahl der Anfälle 8—9 täglich. Alle kamen zur Heilung. Das Medicament wurde ausgezeichnet vertragen, ohne jede Störung. Beste Darreichung in Chocoadenplätzchen, bei sehr kleinen Kindern in Milch oder Suppe. Als *Antipyreticum* (1,5—2,0 g auf 2 mal vertheilt) beugte es die Fiebercurve bei Typhus abdom. und Pneumonie ähnlich nieder, wie 1—1½ Chinin. mur. Maximum der Wirkung in 4—5 Stunden, Temperaturabfall erfolgt ohne nennenswerthen Schweissausbruch, Beeinflussung des Allgemeinbefindens günstig. Sehr guter Erfolg einige Male bei *Neuralgien* (Ischias, Supraorbital-, Intercostalneuralgien u. dgl.), andere Male versagte das Mittel.

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1903.)

- **Zusatz von Hühnereiweiss zum Urin, ein Beitrag zur Unfallheilkunde**, — unter diesem Titel veröffentlicht Stabsarzt Dr. Wegner (Abtheilung für Unfallverletzte der Charité) folgenden Fall: Ein Arbeiter erlitt im Januar 1898 durch Fehltritt eine Quetschung des Unterleibes, die eine Druckempfindlichkeit desselben, besonders in der Blasengegend, zur Folge hatte; der Urin war blutig. Die in den nächsten Jahren ausgestellten Gutachten stützten sich nur auf sub-

jective Angaben des Pat. wie Schmerzen in der Magen-, Nieren- und Blasengegend, Kreuzschmerzen, Mattigkeit u. s. w. Es sollte nun in der Charité im Mai 1901 zwecks Ausstellung eines Gutachtens eine Untersuchung erfolgen. Pat. urinirte dabei, aber in Abwesenheit anderer, und ging nach Haus. Die angestellte Koch- und Ferricyankaliprobe ergaben starke Trübung. Da das Eiweiss bei sonst klarem Urin nur aus den Nieren stammen konnte, wurde der Harn sedimentirt und mikroskopisch untersucht, aber weder Epithelien, noch Cylinder fanden sich, wohl aber entdeckte man am Grunde des Harnglases eine halbflüssige, glasige Masse, von der ein im Reagensglase gekochter Theil sofort zu einer weissen, flockigen Masse erstarrte. Der Verdacht, dass es sich um Hühnereiweiss handelte, wurde dadurch bestätigt, dass Pat. Eier ins Krankenhaus mitgebracht haben sollte, sowie durch Untersuchung von Prof. Sal-kowsky, der den Nachweis unzweifelhaft führte. 1. Durch Fällung einer Quantität des Urins mit dem 4 fachen Volum Alkoh. absol., Abfiltriren etc. und Untersuchung des Niederschlages; 2. durch directe Untersuchung jener glasigen Masse selbst. — Solch ein Versuch könnte sich, seitdem die Verletzten Gelegenheit haben, sich in den Gutachten über die Befunde bei ihrer Krankheit zu informiren, leicht wiederholen und bei geschickterer Anwendung auch mal den gewünschten Erfolg haben. Immer wird man ja nicht beim Uriniren anwesend sein können. Zum Glück ist in letzter Zeit eine Methode gefunden worden (Myer und Uhlenhuth), die es gestattet, selbst Spuren von Hühnereiweiss auf biologischem Wege nachzuweisen. Durch wiederholte intraperitoneale Einverleibung von in physiol. Kochsalzlösung vertheiltem Hühnereiweiss kann man im Blute von Kaninchen Antikörper erzeugen; das Serum solcher Thiere giebt nun mit den Eieralbuminlösungen (selbst bei 1:100000) Trübung, mit anderen Eiweissarten nicht, sodass man ein sicheres Mittel hat, künstlich zugesetztes von pathologischem Eiweiss im Urin zu unterscheiden.

(Monatsschrift f. Unfallheilkunde u. Invalidenwesen 1902 No. 12.)

- **Pyranum als Antifebrile, Antirheumaticum und Antineuralgicum** empfiehlt Dr. Emmo Schlesinger (Berlin). Pyranum ist eine Vereinigung von Benzoesäure, Salicylsäure und Thymol zu einem in Wasser leicht löslichen Natronsalz, ein weisses Pulver von schwach aromatischem Geruch und mild süsslichem Geschmack. Es wirkte ganz mild antipyretisch, ohne viel Schweiss zu erzeugen, ohne

unangenehme Nebenwirkung; auch von Tuberculösen wurde es gut vertragen, steigerte stets das subjective Wohlbefinden. Am eclatantesten war die Wirkung bei *Neuralgien*, *Kopfschmerz*, *Migräne*. Wenn bei tagelang bestehenden Kopf- und Gliederschmerzen, wenn bei heftigen Neuralgien der Schmerz $\frac{1}{2}$ Stunde nach Einnahme eines Mittels geschwunden ist, dann ist wohl jeder Zweifel ausgeschlossen, dass das Medicament dies bewirkt hat. Dosirung: 1—2 g 1—2 mal täglich. Beim *acuten Gelenkrheumatismus* wurde in durchschnittlich 3 Tagen mit 10—12 g Entfieberung und Schmerzfreiheit erzielt. Es empfiehlt sich, weil die Schweissproduction gering ist, solange es sich um Resorption von Gelenkergüssen handelt, die Diaphoese durch heisse Compressen zu verstärken; der durch diese Combination erzielte Effect war ausgezeichnet. Bei *chronischen Rheumatismen* ordinarie Autor 3 mal täglich 0,5—0,75 Wochen hindurch und erzielte immer deutlichen Nachlass, mitunter Beseitigung der Beschwerden. Bei *Anginen*, *Bronchitis*, *Influenzaerkrankungen* wurden die Kopf- und Gliederschmerzen durch Grammgaben rasch beseitigt; mitunter genügte 1 g zur definitiven Beseitigung. Bei *Pneumonie* brachten $3 \times 0,5$ pro die Linderung von Fieber und Schmerz, bei *Pleuritis* wurden grosse Dosen gegeben ($2 \times$ täglich 2 g), wodurch stets Verminderung des Exsudates erreicht wurde. Fast alle Patienten nahmen das Mittel gern (in etwas Wasser, nicht trocken!); durch Milch, Cacao etc. wird der aromatische Geschmack fast völlig verdeckt (die Fabrik giebt auch Schachteln zu 12 und 24 Stück Kapseln à 0,5 ab). Kleine Dosen wirken nicht; so sind bei Neuralgien 1 auch 2 g nöthig, nach etwa 1 Stunde event. eine 2. Dosis. Jedenfalls bewährte sich in 146 Fällen Pyranum (das auch recht *billig* ist) als *mildes Antifebrile*, *kräftiges Antirheumaticum*, *vorzügliches Antineuralgicum*.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 1.)

- **Thiol in der gynaekologischen Praxis** wandte in etwa 100 Fällen Privatdocent Dr. M. Koslenko (Moskau) an, und zwar bei verschiedenen entzündlichen Erkrankungen des Parametriums und der Gebärmutteradnexe in folgenden Formen: als 20—50 %ige Lösung (Wasser oder Glycerin) für Tampons, die in die Vagina täglich oder jeden 2.—3. Tag eingeführt werden; desgleichen als Mastdarmzäpfchen (Thiol. sicc. 0,3 mit Cacaobutter). Ferner reines Thiol bei acuten oder subacuten Entzündungen des Parametriums in Form von Pinselungen der Fornices oder von mit Thiol getränkten Vaginaltampons. Endlich reines Thiol.

liquid. zu Pinselungen des Uterus resp. Cervix bei Endometritis, und in Form von Einreibungen in die Bauchdecken als Derivans. Die Wirkung des Thiols war stets eine sehr zufriedenstellende, schmerzlindernd und resorptionsbefördernd. Die Pinselungen bei Endometritis reizten nicht und beseitigten die Entzündung. Erosionen des Gebärmutterhalses verheilten unter Einwirkung von Thiol. sicc. ziemlich rasch. (Allgem. Medic. Central-Ztg. 1903 No. 2.)

— Ueber **Rectalernährung** lässt sich Dr. P. Deucher (Bern) aus.

Von den verschiedenen eiweisshaltenden Nahrungsmitteln streiten sich für die rectale Anwendung hauptsächlich 2 um die Palme: Eier und Peptone. Eier sind leicht und billig zu beschaffen und werden verhältnissmässig gut resorbirt, wenn 1 g Kochsalz pro Ei zugesetzt wird; mehr als 3 Eier sollen nicht auf einmal applicirt werden. Es ist nicht rathsam, dem Eierklystier ausser Kochsalz und Wasser bis zum Volum von 200 ccm und Opium noch etwas zuzusetzen; die so beliebte Zugabe von Milch erhöht nur die Gefahr der Fäulniss, zudem hat die Milch ja nur wenig Nährwerth und das Milcheiweiss wird ohne Peptonisirung nur sehr schlecht resorbirt. Der Zusatz von Pepton zu Hühnereiweiss ist darum nicht zu empfehlen, weil sich Pepton und Kochsalz gegenseitig stören. Ebenso gut wie Eier oder besser, wenigstens schneller, werden Peptonlösungen resorbirt. Doch sind diese nicht immer zur Hand, sind auch wesentlich theurer. Mehr als 60 g Pepton in dem gewöhnlichen Klystier von 200—250 ccm darf man nicht geben, und diese Menge entspricht nur der Hälfte Nährwerth eines Klystiers von 3 Eiern. Als ausgezeichnete stickstoffhaltige Nährsubstanz haben sich Pankreasfleischklystiere nach Leube bewährt; es ist hauptsächlich die schwierige Beschaffung des frischen Pankreas, welche diese Application für den praktischen Arzt unthunlich erscheinen lässt. Der Werth des Fettes für die Rectalernährung ist sehr gering. Da die Kohlehydrate als Traubenzucker resorbirt werden, liegt es am nächsten, dieselben als Traubenzuckerklystiere zu geben. In der That ist diese Form der Rectalernährung eine der besten. Die leichte Löslichkeit erklärt den grossen Vortheil dieser Klystiere, den nämlich, dass sie sehr schnell resorbirt werden. Nach einem Versuche von Schönborn waren in einem Falle von 123 g Zucker in 1000 Wasser nach 1 Stunde schon 101 g resorbirt, an Calorieen mit Eiern verglichen, würde das 6 Eiern gleichkommen. Auch in den meisten anderen Fällen waren in der 1. Stunde

schon 90% resorbirt. Diese enorm rasche Resorption bietet den grossen Vortheil, dass sich bei der Kürze der Verweildauer des Klystiers im Rectum die abnormen Gährungs- und Zersetzungsprocesse nicht in grossem Umfang abspielen können. Autor selbst hat bei einer Pat. mit hysterischem Erbrechen innerhalb 19 Stunden von 200 g Traubenzucker in 5 Klystieren mit je 500 ccm Wasser 155 g verschwinden sehen; am folgenden Tage hat die Pat. innerhalb 7 Stunden 3 Klystiere von je 30 g Zucker auf 300 Wasser vollständig resorbirt. Rohrzucker wird ebenso resorbirt. Autor giebt seit mehreren Jahren mit Vorliebe Rohrzuckerklystiere und ist davon sehr befriedigt; sogar grössere Mengen (50 auf 500) werden vollständig resorbirt. Werthvoll ist der Zusatz von Opium. Stärke wird viel langsamer als Zucker resorbirt und auch schlechter ausgenutzt. Milch verwendet Autor gar nicht mehr; sie hat geringen Nährwerth, MilCHFett wird fast gar nicht resorbirt, Milchzucker vergäHrt sehr leicht, und Milcheiweiss gerinnt im Darm bei Anwesenheit von Bacter. coli. Als Zusatz zu anderen Klystieren begünstigt sie nur die abnormen Zersetzungen und stört die Resorption der anderen Körper. *Die besten Nährklystiere sind also Eier mit Kochsalz und Zuckerlösungen mit Opium.* Handelt es sich nur um einige Tage, so kommt man ganz gut mit Zucker allein aus, sonst mag man im Tag ein Klystier von 3 Eiern auf 250 und 2 Zuckerklystiere von 50 auf 500 Wasser geben.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1903 No. 2.)

- Als **ausgezeichnetes Expectorans** wurde empfohlen:

Rp. Thiocol.

Natr. benzoic. aa 2,0

Tinct. aconit. gtt. XX

Syr. diacodii 50,0

Aq. laurocer. 10,0

Syr. Seneg. q. s. ad 150 ccm

S. 3 mal tägl. 1 Esslöffel.

(Presse méd. 1902 No. 90. — Klinisch-therap. Wochenschr. 1903 No. 5.)

- Ueber **Myogen, ein neues Eiweisspräparat** berichtet Privatdoz. Dr. R. O. Neumann (Kiel). Myogen wird aus Blutserum frisch geschlachteter Rinder in einfachster Weise bereitet, und zwar so, dass sich das Eiweissmolecul nicht dabei verändert. Myogen ist ein bräunlichgraues, sehr feines, geruchloses Pulver, dessen Geschmack an Leim erinnert. Es ist unlöslich im Wasser, quillt aber schon nach kurzer Zeit beim Stehen mit Wasser auf. Mit Pepsin und Salzsäure

zusammengebracht, wird es in der gleichen Zeit gelöst, wie Fleisch. Es lässt sich mit Kaffee und Kakao, in Suppen oder Bouillon verrührt, nehmen, mit Fett oder Butter vermengt, verliert es seinen Eigengeschmack. Angenehmer nehmen sich die von der Fabrik hergestellten *Kakes*, die gut schmecken. Autor hat selbst mit dem Pulver und den Kakes einen Stickstoff-Stoffwechselversuch ausgeführt und kann daraus folgendes Resultat ziehen: Myogen und die Kakes werden auch in grösseren Mengen vom Organismus gut vertragen. Die Assimilation ist ebenso günstig, wie beim Fleisch. Auch die Resorption ist ausgiebig. Die Myogenkakes stellen ein höchst concentrirtes Nahrungsmittel aus ca. 20% Eiweiss, 50% Kohlehydraten und ca. 10% Fett dar. Sie dürften nicht nur bei Kranken, sondern auch auf Reisen, beim Sport und im Felde sehr gute Dienste leisten.

(Münchener med. Wochenschr. 1903 No. 3.)

- Einen **Schrauben-Mundsperrer***) hat Privatdoz. Dr. Braatz (Königsberg i. P.) construiert. Derselbe hat mannigfache Vorzüge vor den bisherigen, namentlich ist seine Benutzung da, wo es darauf ankommt, augenblicklich einzuwirken, z. B. bei Chloroform-Asphyxie u. dgl., empfehlenswerth, da er prompt und sicher functionirt.

(Münchener med. Wochenschr. 1903 No. 5.)

Bücherschau.

- **Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrhunderts**, herausgegeben von Leyden und Klemperer, jenes ganz ausserordentlich hervorragende Werk, das wir schon öfters besprochen haben, schreitet rüstig vorwärts. Jetzt liegen bereits die Lieferungen 48 bis 73 vor, welche wieder eine grosse Reihe ausgezeichneter Aufsätze in Form „akademischer Vorlesungen“ enthalten. Wir wollen, um den reichen Inhalt zu demonstrieren, nur einige davon nennen. Wir finden da u. A. von Prof. A. Stern „Trauma als Ursache innerer Krankheiten“, von A. Bum „Massage“, P. Jacob „Gymnastik“, Ch. Bäumlner „Pocken“, N. Ortner „Influenza“, H. Senator „Pseudoleukaemie“, M. Litten „Haemorrhagische Diathesen“, C. Lazarus „Blut und Blutuntersuchung“, F. A. Hoffmann „Asthma cardiale“, J. Boas „Magen- und Darmcarcinome“, A. Baer „Trunk-

*) Instrumentenmacher Heldt, Königsberg i. P.

sucht“, R. Sommer „Paranoia“, H. Quinke „Lumbal-punction“, M. Bernhardt „Lähmungen der peripheren Nerven“, H. Gutzmann „Sprachstörungen“, Eulenburg „Sexuale Neurasthenie“, O. Heubner „Scharlach“, B. Bendix „Chorea minor“, Fr. Schatz „Schlechte Wehen“, E. Bumm „Gonorrhoe der Frau“, B. S. Schultze „Dammrisse“, L. Caspar „Tuberculose der Harnblase“, Fürbringer „Impotenz“. — Im gleichen Verlage (Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin) erschienen auch Fortsetzungen anderer Lieferungswerke. Von Monti's **Kinderheilkunde** Heft 19, in welchem die „*Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane*“ abgehandelt werden, und von der **Encyklopädie der mikroskopischen Technik** die 3. Abtheilung, welche den Schluss des hochbedeutenden Werkes bildet. Dasselbe füllt eine Lücke in der Litteratur aus und dürfte dem, welcher mikroskopisch arbeitet, ein unentbehrliches Nachschlagebuch werden.

— 6 Monate, nachdem M. v. Zeissl's „Behandlung des männlichen Harnröhrentrippers und seiner Complicationen“ erschienen war, war es schon vergriffen. Bei der jetzt vorliegenden 2. Auflage (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin) hat Verf. das Stoffgebiet erweitert, und der jetzige Titel lautet: **Diagnose und Therapie des Trippers und seiner Complicationen beim Manne und Weibe**. Auch in dieser Gestalt dürfte dasselbe rasche Verbreitung finden, da der Autor ungemein klar und präcis alles Wissenswerthe dem Leser vor Augen führt und dabei vorzüglich die Erfordernisse der täglichen Praxis berücksichtigt. 38 in den Text gedruckte Figuren tragen weiter dazu bei, dass das Gesagte allenthalben richtig gewürdigt wird. Die Ausstattung ist auch sonst eine lobenswerthe.

— **Die Mittelohreiterungen** betitelt sich ein kleines Buch (München 1903, Verlag von J. F. Lehmann. Preis: Mk. 3) von R. Dölger, stammend aus der Bezold'schen Klinik, wo seit 1869 alle Beobachtungen genau statistisch bearbeitet werden. Diese statistischen Berichte bilden die Grundlage des Dölger'schen Buches, in welchem das so ungemein wichtige Capitel der Mittelohreiterungen behandelt wird. Das Buch wird nicht nur dem Otologen, sondern auch dem praktischen Arzte erspriessliche Dienste leisten, da auch der therapeutische Theil eingehende Berücksichtigung erfahren hat.

~~~~~  
Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

**April**

**XII. Jahrgang**

**1903.**

**D**ie früher erschienenen elf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

**Einbanddecken** zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

## **Anaesthesie, Narkose.** Ueber die Vorzüge der Aether-

**narkose** lässt sich Prof. J. Pfannenstiel (Giessen) aus. Er hat seit über 5 Jahren bei einem grossen geburtshülfl. gynäkol. Material die besten Erfahrungen mit Aether gemacht und möchte demselben neue Freunde zuführen. Anerkannt ist allgemein die Thatsache, dass der Aether im Vergleiche zum Chloroform das geringere Gift ist, dass er das Herz nicht schädigt, und dass ein plötzlicher Tod während der Operation bei ihm nicht vorkommt. Aber er hat auch gewisse Nachtheile. So seine Feuergefährlichkeit, die beim Operiren bei künstlicher Beleuchtung hinderlich ist, wenn man nicht sehr vorsichtig ist; bei Entbindungen und Operationen im Privathause während der Nachtzeit sollte man also nicht Aether benutzen, zumal da bei der mangelnden Ruhe und Besonnenheit leicht etwas passiren kann. Dass die Einleitung der Aethernarkose aber eine

zu lange Zeit erforderlich mache, ist nicht wahr; bei richtiger Technik kommt Pat. in der Regel nach wenigen Minuten in einen Zustand tiefer Betäubung. Auch dass die Aethernarkose häufig nicht die erforderliche Tiefe hat, liegt vorzugsweise an der Technik; in der Regel kann man mit Aether tiefe, gleichmässige und langdauernde Betäubungen erzielen. Sehr gefürchtet wird die Aetherpneumonie; doch diese Spätwirkung des Aethers tritt nur bei falscher Technik ein. Autor hat bei über 2000 Aethernarkosen bisher noch keine Frau an solcher Pneumonie verloren; wohl sah er in der ersten Zeit der Aetherperiode wiederholt Bronchitiden und einige Male auch circumscripte Pneumonien (mit glücklichem Ausgange!), in den letzten Jahren jedoch nie mehr, da er bestimmte Vorsichtsmassregeln nie ausser Acht liess. Letztere richten sich einerseits gegen die in dem Secret des Mundes und Rachens befindlichen Infectionserreger, durch deren Aspiration die bedenkliche Bronchitis entsteht, andererseits gegen Abkühlungen. Vor der Operation soll sich der Pat. wiederholt den Mund mit desinficirenden Lösungen ausspülen und gurgeln, die Operation soll in überheiztem Raume stattfinden, und auch nach derselben darf Pat. beim Transport u. s. w. keine Abkühlung erleiden. Vor allem aber ist die Narkose selbst so auszuführen, dass Reizung der Luftwege nicht eintritt. Die Dämpfe des Aethers (derselbe muss natürlich chemisch rein sein) reizen die Schleimhäute nur dann, wenn sie in sehr concentrirter Form eingeathmet werden, oder wenn gar Aether in Tröpfchenform der Inspirationsluft beigemischt wird. Schon die Wahl der Aethermaske ist hier entscheidend. Als ungeeignet zu bezeichnen ist die Schimmelbusch'sche, bei der die Aetherdämpfe viel zu concentrirt in die Luftwege gelangen. Geradezu gefährlich ist die Juillard'sche eben deshalb. Zweckmässig ist die Wanscher-Grössmann'sche Beutelmaske, welche die gleichmässige Zufuhr von ganz schwachen und doch wirksamen Aetherdämpfen ermöglicht. Aber auch diese Maske wird vielfach ganz falsch gehandhabt, insofern der derselben anhängende, den Aether enthaltende Gummibeutel während der Narkose geschüttelt wird, um möglichst rasch concentrirte Dämpfe in die Inspirationsluft zu schicken. Dies ist ein grosser Fehler. Durch das Schütteln werden nicht nur unnütz concentrirte Dämpfe entwickelt, sondern es wird der Aether geradezu zersprengt in feinste Tröpfchen, welche sich den Dämpfen beimischen und so in die Luftwege gelangen, wo sie ätzend, ent-

zündungserregend wirken. Die Beutelmaske soll allerdings, sobald sich Pat. an die veränderte Athmungsluft gewöhnt hat, fest aufs Gesicht aufgedrückt werden, dann aber soll der Beutel ganz ruhig gehalten werden. Eine grosse Rolle spielt die seelische Beruhigung des Pat. vor der Narkose. Pat. muss sich erst an den Aether gewöhnen. Deshalb ist die erste Zufuhr des Gases ganz langsam zu bewerkstelligen, am besten, indem man den Pat. selbst die Maske in die Hand giebt, sie dabei über die Ungefährlichkeit des Aethers belehrend. Die Pat. gerathen so ziemlich rasch in einen Rauschzustand, der auch für kleinere Eingriffe schon genügt. Unterstützend wirkt eine kleine Morphinumdosis (0,01 g 10 Minuten vor der Operation). Das übliche Zählen im Beginn der Narkose ist unnütz, regt eher auf. Sobald der erste Rausch beginnt, ist in Fällen, wo tiefe Narkose nothwendig ist, die Maske fest aufzudrücken, wodurch die atmosphärische Luft allerdings fast vollständig abgesperrt wird. Aber ein leichter Grad von Kohlensäureintoxication ist für das Zustandekommen einer ruhigen Narkose geradezu erwünscht. Die richtige Technik der Aethernarkose besteht darin: erst Erzeugung eines Rauschzustandes, sodann leichte Intoxication mit der Kohlensäure der Expirationsluft und darauf möglichst gleichmässige Zufuhr von ganz schwachen Aetherdämpfen, wobei ab und zu durch Lüften der Maske etwas atmosphärische Luft zugeführt wird. So kommt man selbst bei langdauernden Operationen meist mit 100 ccm Aether aus. Contraindicationen gegen den Gebrauch des Aethers als solchen giebt es für Autor kaum. Es giebt ja gewisse Contraindicationen gegen jede Inhalationsnarkose (tiefe Struma, Diabetes, schwere Circulationsstörungen etc.), und hat Autor in solchen Fällen wiederholt selbst schwierigere Laparotomien unter Schleich mit Hinzufügung eines leichten Rausches durch Aether ausgeführt, wobei sich die Pat. fast gar nicht über Schmerzen beklagten. Erkrankungen der Respirationsorgane contraindiciren durchaus nicht immer die Aethernarkose; nur die acute Bronchitis ist Gegenanzeige (acute Pneumonie contraindicirt ja jede Narkose!), die chronischen Erkrankungen der Respirationsorgane nicht! Auch bezüglich der später eintretenden Schädigungen ist Aether bei weitem unschädlicher als Chloroform. Kopfschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen treten viel seltener auf und verschwinden rascher wieder, der ganze Körper ist lange nicht so mitgenommen, Pat. erholt sich viel rascher, weil der Aether eben viel schneller den Körper wieder

verlässt. Die Expirationsluft der Pat. ist nach der Narkose stark aetherhaltig. ausserdem geht der Aether mit Harn und Schweiss wieder ab. Deshalb ist die Beförderung der Transpiration unmittelbar nach der Operation von grossem Werthe. Die Heissluftapparate kommen da sehr zur Geltung, sodann erscheint es rathsam, den Pat. nicht lange Flüssigkeit zu entziehen. Gerade nach Aethernarkosen darf man auch schon am 1. Tage Flüssigkeit per os geben; auch die Darreichung von Flüssigkeit per anum bald nach dem Erwachen aus länger dauernden Narkosen ist rathsam. Schädigende Nachwirkungen jeder Art lassen sich so gut vermeiden. Bei solchen Vorsichtsmaassregeln kann die Aethernarkose überhaupt als fast vollkommen ungefährlich bezeichnet werden, und sollten sich gerade die prakt. Aerzte ihr mehr zuwenden, als es bisher geschehen ist.

(Centralbl. f. Gynaekologie 1903 No. 1.)

- **Die Technik der Aethernarkose an der Frauenklinik zu Giessen** bespricht im Anschluss an den vorigen Artikel noch im Einzelnen Dr. Kroemer. Was die Vorbereitung anbelangt, so müssen am Abend und Morgen vor der Operation die Pat. Mund und Rachen mit starker Odollösung reinigen. 10 Minuten vor Beginn der Narkose erhält Pat. 0,01 Morphinum subcutan. Auf die Dauer der Einleitung rechnet man 6—8 Minuten, in welcher Zeit es durchschnittlich immer gelingt, die Narkose bis zum Verschwinden des Cornealreflexes zu vertiefen. Benutzt wird Narkosen-aether Marke E. H. (Chem. Fabrik Cotta, Dresden), als Maske die Wanschier-Grossmann'sche. Ihr Mundstück darf nicht zu gross sein. Es reicht am besten vom Nasensattel bis zum Kinn des Pat. und liegt seitlich auf den vorstehenden Oberkieferknochen auf, sodass beiderseits seitlich vom Nasenrücken und unten am Kinn selbst beim Andrücken des Luftringes am Mundstück noch genügend freie Luft zustreichen kann. Stirn, Augen und Wangen bleiben so vollständig unbedeckt, sodass man die Augenreflexe jeder Zeit prüfen kann und an der Farbe der Wangen etwaige Cyanose sofort bemerkt. Beschiedt wird die Maske mit 100 g, soviel als gerade ein Fläschchen enthält. Weniger zu nehmen ist nicht rathsam, da sonst die Sättigung der Athemluft mit Aether zu gering ist, um eine rasche Narkose einzuleiten. Wenn möglich, soll die Narkose in einem ruhigen Raum eingeleitet werden. Pat. wird ermahnt, gleichmässig ruhig und tief zu athmen. Der Narkotiseur „schleicht“ sich nun in die Narkose ein, d. h.

er nähert ganz allmählich die Maske, oder lässt ängstliche Pat. unter sorgfältiger Ueberwachung der Hände die Maske selbst halten, indem er nur durch sanften Druck nachhilft. Auf alle Fälle gelangt der Pat. in den Aetherrausch meist ohne überhaupt merkliche Excitation. Soll nun der Gang der Narkose beschleunigt werden, so fasst der Narkotiseur beiderseits hinter den Kieferwinkel des Pat., wobei die Maske allmählich fest aufgedrückt wird, und zieht periodisch den Unterkiefer vor und lässt ihn wieder zurück-sinken. Dadurch wird Pat. gezwungen, tiefer zu inspiriren und rasch und vollständig zu expiriren. Während man anfangs nur das Exspirium abkürzt, gelingt es allmählich, die Athmung ganz nach Belieben zu beschleunigen. Die Maske wird dabei nie geschüttelt! Sie soll vom Athemluftstrom beim Exspirium aufgebläht werden, und beim Inspirium collabiren. Während in tiefer Narkose der Athemstrom selbst dies bewirkt, auch wenn man nur lose die Maske aufsetzt, muss man eingangs der Narkose die Maske häufig fest andrücken, event. bei zu weitem Mundstück den Zugang der freien Aussenluft an den Nischen seitlich vom Nasenrücken mit kleinen Wattebäuschchen verstopfen. Das periodische Vorziehen des Unterkiefers wird ausser in eiligen Fällen namentlich bei den sogen. singenden Pat. ausgeführt (d. h. denjenigen, welche unter Hervorbringung eines singenden Tones übermässig lang expiriren), ferner bei solchen, welche aus Widerwillen gegen den Aether unter Ruhigstellung des Zwerchfells nur ganz oberflächlich und langsam inspiriren, sodass zu wenig Aether in die Lunge gelangt. Durch die erwähnten Kieferbewegungen werden die Athemzüge fast momentan vertieft, und man kann der Narkose ruhig ihren Gang lassen. Der Narkotiseur steht entweder seitlich oder zu Häupten vom Pat., dessen Kopf zur Seite gedreht wird. Autor hat sich gewöhnt, während der ganzen Narkose den Unterkiefer vorzuhalten, sodass die untere Zahnreihe vor der oberen steht. Sobald die Reflexe erlöschen, kann man bequem mit einer Hand Maske und Kiefer beherrschen. Wichtig ist die Streckung der Halswirbelsäule durch Kissen, welche unter den Nacken geschoben werden; eine Knickung der Trachea muss auf alle Fälle vermieden werden. Am Ende des Rauschstadiums, zu einer Zeit, wo keine Schmerzempfindung mehr vorhanden ist, stellt sich bei den meisten Pat. eine Art Excitationsstadium ein, kenntlich durch Schweissausbruch, heftige Magenperistaltik und zuweilen auch durch kurze, trockene Hustenstösse.



Gerade in diesem Stadium ist Narkose nothwendig und das beste Mittel, um die Reaction zu unterdrücken. Daher soll man nur bei heftigen Brechbewegungen die Maske entfernen. Meist genügt schon das Lüften auf derjenigen Seite, nach welcher der Kopf gedreht ist, und es bleibt bei blossen Würgbewegungen. Das Erbrochene kann auch, ohne dass die Maske entfernt wird, bei der Seitenlage des Kopfes in das bereitliegende Handtuch abfließen. Sobald diese letzten Reactionen überwunden sind, vermag der Narkotiseur die Narkose dauernd in derselben Tiefe zu erhalten, indem er einfach in der angegebenen Weise den Kiefer vorzieht und die Maske beständig leicht aufliegen lässt. Die Pupille bleibt dauernd bei ruhiger Narkose gleichmässig verengt. Sobald sie wieder auf Lichteinfall lebhaft reagirt, wird die Maske fester aufgesetzt. Wird die Pupille dagegen auffallend weit oder eng, ohne auf Lichteinfall zu reagiren, so genügt einseitiges Lüften der Maske, um die drohende Asphyxie abzuwenden, ohne gleichzeitig die Narkose wieder auf das Reizstadium abzuflachen. Das gänzliche Entfernen der Maske führt beim Wiederaufsetzen (ebenso auch Schüttelbewegungen) zu erneuter Reaction (Brechbewegung und Husten). Die Asphyxie kündigt sich an, abgesehen von den bekannten Pupillenveränderungen, durch hastige und sehr verflachte Athmung. Kommt es wirklich zur Asphyxie, so steht die Athmung still, während der Puls in ungeschwächter Stärke erhalten bleibt. In den 2 Fällen, wo Autor, wahrscheinlich durch mangelhafte Technik, eine solche Asphyxie verursachte, genügten leichte Thoraxcompressionen, durch 5 Minuten fortgesetzt, um die Gefahr zu beseitigen, und es konnte sogar die Narkose mit Aether weitergeführt werden. Eine besonders aufmerksame Behandlung erfordern gewisse Pat., welche in tiefer Narkose den Mund fest zusammendrücken und beim Inspiriren den Nasenflügel einziehen, sodass sich dieselben an das Nasenseptum legen und den Zugang der Luft absperren. In kurzer Zeit sind solche Pat. hochgradig cyanotisch. Autor klemmt hier einen dicken Mullbausch seitlich zwischen die Zahnreihen und drückt mit dem oberen Rand des Mundstückes der Maske die Nasenspitze gegen die Oberlippe. Die zum Beginn der Narkose in die Maske gebrachte Aethermenge von 100 g genügt gewöhnlich für die Dauer von 50—60 Minuten, worauf je nach der Länge der Operation 50—100 g nachgeschüttet werden. Kachektische Pat., namentlich solche mit hochgradig herabgesetzter Lungencapazität, sind

natürlich auch bei der Aethernarkose hochgradig gefährdet; im übrigen aber ist selbst für diese noch der reine Aether eher als Excitans zu betrachten im Vergleich zum Chloroform. *Für Pat. mit freier, ausgiebiger Respiration ist bei richtiger Leitung der Aethernarkose eine unmittelbare Gefahr so gut wie ausgeschlossen*, da der Tod nicht durch den Aether, sondern durch Kohlensäureüberladung bei mangelhafter Technik und selbst dann noch äusserst spät eintritt. Auch solche schweren Asphyxien gehen durch künstliche Athmung zurück, ganz im Gegensatz zur Chloroform-Syncope. Daher können im Nothfalle selbst Laien mit der Leitung dieser Narkose betraut werden. (Ibidem.)

### **Asthma. Adrenalin zur Coupirung von Asthmaanfällen**

wirksam erwies sich bei einem Falle, den Dr. Ed. Aronsohn (Ems-Nizza) behandelte. Es handelte sich um eine Dame, die Autor schon seit 7 Jahren wegen A. ab und zu consultirt und schon die verschiedensten Mittel erhalten hatte. Jetzt bekam sie wieder einen heftigen Asthmaanfall, gegen den sich die bisherigen Mittel als unwirksam erwiesen. Pat. meinte, dass dieses Mal wohl wieder die Nase Schuld an dem Anfälle sei. In der That war das Nasenseptum gleich vorn im cartilaginösen Theile beiderseits tiefroth und entzündet; und auch das vordere Ende der rechten mittleren Muschel an einer erbsengrossen Stelle entzündet und bei Berührung mit der Sonde schmerzhaft. Autor bestrich nun mit einem kleinen Wattebausch diese 3 rothen Stellen mit der Originallösung Chlorhydrate d'Adrenaline (Parke, Davis & Co., London) 1,0 : 1000,0. Schon nach 1—2 Minuten waren die Stellen fast schneeweiss, nach 5 Minuten Pat. völlig asthmafri. 3 Stunden später begann das A. sich wieder geltend zu machen, jene 3 Stellen waren wieder geröthet. Adrenalin bewährte sich von Neuem glänzend, ebenso bei späteren Attaquen. — Sollte aus irgend einem Grunde die Aufsuchung und locale Behandlung der asthmogenen Punkte nicht angängig sein, so kann man das Adrenalin als Spray anwenden; Adrenalin hydrochloric. (1,0 : 1000,0)  $\frac{1}{3}$  : Vaselineöl  $\frac{2}{3}$  oder auch als Salbe:

Rp. Adrenalin. hydrochloric. (1,0 : 1000,0) 1—5 g  
Lanolin.

Vaselin. aa 5 g

S. Bohnengrosse Stücke in die Nase einführen und dann für einige Sekunden den Kopf abwechselnd nach rechts und links seitwärts und schliesslich ganz tief nach vorn unten geneigt halten.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 3.)

### **Blutungen. Ueber die Anwendung des Adrenalin als**

**Haemostaticum bei verzweifelte B.** macht Dr. Otto Lange (Städt. Krankenhaus Baden-Baden) Mittheilung. Auf Grund mehrerer eclatanter Erfolge kann Autor das Mittel warm empfehlen. In allen Fällen schwer stillbarer B., denen gegenüber er sich des Adrenalins als ultimum refugium bediente, hatte er bisher sicheren Effect. Das 1. Mal bewährte sich das Präparat bei einem „Bluter“, der eine parenchymatöse Blutung aus einer Hand nach Blutvergiftung derselben aufwies. Nachdem die verschiedensten Mittel und Procedures versagt, wurden von der Solut. Adrenalin. hydrochloric., so wie sie in den Handel kommt, 5 ccm mit 5 ccm einer physiolog. Kochsalzlösung vermischt und feinste Gazestückchen damit getränkt, mit diesen die ganze Wunde ausgetupft, womit schnell die Blutung zum Stillstand kam. Schliesslich wurde noch die ganze Wunde mit gleichen Gazestückchen ausgelegt und ein Verband gemacht. Die Blutung kam nicht wieder. Beim nächsten Verbandwechsel nach 3 Tagen wurde Adrenalin noch einmal in der gleichen Weise angewandt, lediglich zur Prophylaxe. Von sonstigen Beispielen seien hervorgehoben: Fall von heftiger, langandauernder *Epistaxis*, wo jegliche Tamponade versagte; alle 3 Nasengänge wurden behutsam mit von Adrenalin durchtränkten Gazestreifen tamponirt, worauf die B. für immer stand. Bei je einem Falle von *Haemoptoe* (Phthise), wo 3 Tage hintereinander die B. sehr heftige waren und alle Mittel wirkungslos blieben, während auf 2mal 30 Tropfen Adrenalin, innerhalb 2 Stunden per os gegeben, die B. für immer sistirten, und einem Falle von *Haematemesis* (Ulcus ventriculi), die jeden Morgen profus eintrat und auf interne Darreichung von Adrenalin ebenfalls bald stand, trat die prompte Wirkung des Präparates gleichfalls hervor. Letzteres ist ja noch theuer (30 ccm = 8,50 Mk.), aber bei den raschen Wirkungen, die man mit kleinen Dosen schon erzielt (Autor verbrauchte bei 6 Fällen zusammen 25 ccm), spielt das ja gar keine Rolle.

(Münchener med. Wochenschrift 1908 No. 2.)

- **Uterusblutung bei Haemophilie, durch subcutane Gelatine-einspritzung geheilt**, unter diesem Titel macht Dr. W. Schultz (Kiel) folgende Mittheilung: „Bei einer ca. 30-jährigen, etwas blutarmen Frau trat Mitte März ausser der Zeit eine heftige Menstrualblutung auf. Bettruhe und die üblichen inneren Mittel zeigten keinen Erfolg, ebenso wenig die darauf vorgenommene Ausschabung der Gebä-

mutter. Da ich an verschiedenen Stellen der Oberschenkel starke Suffosionen sah, so vermuthete ich Haemophilie und wurde in dieser Annahme bestärkt durch die Angabe, dass irgend eine äussere Veranlassung für die Suffosionen nicht vorliege. Die Frau zeigte mir eine ausgedehnte in allen Farben schillernde Stelle am Ellenbogen, die sich im Anschluss an einen geringen Stoss entwickelt hatte. Auch erfuhr ich, dass sie bei Entbindungen mehrere Male erheblichen Blutverlust und langdauernde ohnmachtartige Zustände gehabt habe. Ich spritzte unter antiseptischen Kautelen 150 g einer 2 1/2% igen sterilen neutralisirten Gelatinelösung je zur Hälfte unterhalb der beiden Schlüsselbeine unter die Haut. Die Blutung stand bald darauf und ist bis jetzt (nach über 14 Tagen) nicht wiedergekehrt. Ich beobachtete jedoch in diesem Falle heftige Nebenerscheinungen. Schon am Abend trat Fieber auf, welches sich unter heftigen Schmerzen in allen Gliedern am nächsten Tage bis 39,5° steigerte. Das Krankheitsbild hatte nichts Influenzaartiges, es erinnerte eher an Trichinose. An den Einstichstellen bestand keinerlei Reizung. Am 3. Tage schwanden ohne weitere Medication Fieber und Schmerzen“.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 6)

- Einen klinischen Beitrag zur Lehre von der **Hemianaesthesia alternans** liefert Dr. v. Rad (Nürnberg): 37jähr. Herr, früher stets gesund, namentlich nie luetisch inficirt, jedoch mittelstarker Potator, suchte am 7. XII. 00 ärztliche Hülfe auf wegen einer in der Nacht vorher plötzlich entstandenen Uebelkeit und sehr heftigen Erbrechens. Gleichzeitig bestanden sehr heftige Kopfschmerzen und Schwindel. Pat. führte diese Beschwerden auf einen am Abend vorher genossenen Kalbskopf zurück, der ihm einen verdorbenen Eindruck gemacht hatte; er habe dazu auch ziemlich viel Bier getrunken. Andere, die mit ihm von der gleichen Speise gegessen hatten, waren nicht daran erkrankt. Am nächsten Tage klagte Pat. über Eingenommensein des Kopfes, heftigen Schwindel, Schwellungsgefühl in der rechten Gesichts- und Körperhälfte, sowie über abnorme Empfindungen in der linken Körperhälfte. Der behandelnde Arzt konnte sofort bei der Untersuchung am nächsten Tage eine Herabsetzung der Sensibilität für alle 3 Qualitäten in der rechten Gesichtshälfte und im Bereiche der linksseitigen Extremitäten nachweisen. Beim Gehen erfolgte starkes Taumeln nach links. In den nächsten Tagen keine wesentliche Aenderung im Krankheitsbilde. Urin, die inneren.

Organe normal. Am 10. XII. 00 constatirte Autor: Rechte Gesichtshälfte entschieden schwächer innervirt; rechte Nasolabialfalte etwas verstrichen (Pat. giebt auf das Bestimmteste an, diese Ungleichheit des Gesichts sei immer schon gewesen). Uvula steht schief. Im Bereiche des Ausbreitungsgebietes des rechten Trigeminus werden Pinselstriche und Nadelstiche schwächer empfunden als links. Cornealreflex erfolgt rechts nicht so prompt wie links. Ein Unterschied in der Sensibilität in den 3 Aesten des N. trigeminus nicht nachweisbar. Kauen erfolgt rechts wie links ohne jede Störung. Am linken Arm und Bein Lagegefühl und Gefühl für Berührung und Schmerzempfindung gegen die rechte Seite deutlich herabgesetzt. Keine Motilitätsstörungen. Sehnenreflex beiderseits lebhaft. Pupillen, Augenbewegungen, Augenhintergrund normal. Gang sehr unsicher, schwankend, Neigung, nach links zu fallen. Romberg sehr deutlich. Blasen- und Mastdarmfunction nicht gestört, Puls beschleunigt. Pat. macht einen apathischen Eindruck. Er reiste nach einigen Tagen ab, doch schrieb sein Arzt, dass er erst im Juli 1901 seine Arbeit in vollem Umfang wieder aufnehmen konnte. — Es hatte sich hier also bei einem früher stets gesunden, noch im rüstigsten Alter befindlichen Manne, der mittelstarken Alkoholmissbrauch zugab, plötzlich in einer Nacht unter heftigem Schwindel, Kopfschmerz und Erbrechen eine Störung der Sensibilität entwickelt, welche die rechte Gesichtshälfte und die linksseitige Körperhälfte betraf, eine sog. Hemianaesthesia alternans. Bezüglich der Entstehungsweise liegt wohl die Annahme am nächsten, dass es *durch das starke Erbrechen zu B. in der nervösen Substanz gekommen ist*. Die Entstehung dieser B. wurde begünstigt durch den am Abend vorangegangenen Bierconsum, der vermehrten Blutzufuss zum Centralorgan bewirkte. Dass eine directe Vergiftung durch verdorbenes Fleisch vorlag, ist sehr zweifelhaft, da andere Personen eine solche nicht acquirirten, auch die gastrointestinalen Erscheinungen nicht entsprechend stürmisch waren. Aber der Sitz der angenommenen Blutung? Theoretische Erwägungen und frühere Beobachtungen ähnlicher Art zeigen, dass in solchen Fällen der Herd im Haubentheil der Brücke zu suchen ist. In obigem Falle würden die vorhandenen Ausfallserscheinungen auf einen in der Haubengegend der rechten Ponshälfte gelegenen Herd zurückzuführen sein. Eine dort sich ausbreitende Blutung würde sowohl den rechten sensiblen Trigeminskern resp. die aus ihm austretende Wurzel, als auch die nahe dabei liegende Schleife,

in welcher die Gefühlseindrücke der linken Körperhälfte nach ihrer Kreuzung im Rückenmark und in der Medulla oblongata zu den Hirnrindencentren verlaufen, treffen. Für den Fall jedoch, dass die leichte Schwäche im rechten Facialis nicht, wie Pat. angiebt, angeboren ist, sondern ebenfalls eine der Hemianaesthesia alternans gleichwerthige Folgeerscheinung der pontinen Blutung aufzufassen ist, müssten zur topischen Diagnostik zwei Möglichkeiten herangezogen werden. Es könnte sich entweder ausser dem bereits angenommenen Herd in der Höhe des sensiblen Trigeminus noch um eine 2. etwas tiefer gelegene Affection im Niveau des Facialis-kernes und seiner Wurzeln handeln; es erhalten ja diese beiden in der Brücke gelegenen Abschnitte ihre Blutversorgung aus der Arter. vertebral. resp. basilaris. Aber auch auf einen gemeinsamen Herd liessen sich dann vielleicht die leichte Parese des rechten Facialis und die Ausfallserscheinungen in der sensiblen Sphäre zurückführen; denn würde eine oben beschriebene Affection in der Höhe des Facialis ausser der Schleife noch die lateral von den Facialiswurzeln verlaufende spinale Trigeminuswurzel in Mitleidenschaft ziehen, so könnte sehr wohl ausser der rechtsseitigen motorischen Gesichtslähmung auch das Bild der Hemianaesthesia alternans zustande kommen. Dass es infolge Läsionen der spinalen Trigeminuswurzeln zu Gefühlsstörungen in der entsprechenden Gesichtshälfte kommen kann, ist längst bekannt. Es erscheint jedoch weit wahrscheinlicher, dass die Schwäche des rechten Facialis bereits älteren Datums ist und nicht gleichzeitig mit der Hemianaesthesia alternans in Erscheinung getreten ist, denn bei dem nahen Zusammenliegen des N. facialis und abducens in der Brücke, ist ein isolirtes Befallensein des ersteren bei völligem Verschontbleiben des letzteren nicht gut denkbar.

(Wiener med. Wochenschrift 1903 No. 8.)

### **Cystitis. Helmitol als Harndesinficiens lobt Privatdoc.**

Dr. E. Heuss (Zürich), nachdem er es in gegen 20 Fällen angewandt hat, davon in 16 Fällen von C. der verschiedensten Provenienz. In 11 von den 16 Fällen wurde vollständige Heilung erzielt; die anderen stehen zum Theil noch in Behandlung. In 7 von den 11 Fällen handelte es sich um chronische C., 5 davon waren schon früher ohne resp. mit nur vorübergehendem Erfolg mit anderen Mitteln (Urotropin, Salol, Ol. Santali, Spülungen etc.) behandelt worden. 4 mal handelte es sich um

acute, im Verlauf von Gonorrhoe aufgetretene C. mit specieller Betheiligung des Blasenhalses. Während Autor diese 4 Beobachtungen trotz der unter Helmitol prompt (innerhalb 1—5 Tagen) erfolgenden Abheilung nicht für beweisend ansieht, indem gerade diese Form auch jeder anderen Behandlung leicht weicht, so möchte er die Abheilung der Fälle von chronischer C. nur der vorzüglichen Wirkung des Helmitols zuschreiben. Es handelte sich um Monate und Jahre lang bestehende Fälle. 4 mal war die C. im Anschluss an eine Gonorrhoe resp. Bougirung entstanden; der diffus-trübe, saure Urin enthielt massenhaft Eiterkörperchen, auch Epithelzellen, zahlreiche Bakterien. Ein anderer Fall betraf einen alten Prostatiker mit ammoniakalischer C. ex catheterisatione u. s. w. Sämtliche heilten auf Helmitol, einige freilich erst bei gleichzeitiger localer Application (s. unten) im Umlauf von 2—7 Wochen ab. Ein Fall von *Bakteriurie*, der seit Jahren jeder Behandlung getrotzt, blieb nach 3 wöchentlicher innerlicher Behandlung mit Helmitol (bis zu 6 g pro die), bis jetzt (2 Monate) ohne Rückfall. Gewöhnlich zeigte der Harn schon wenige Tage nach erfolgter Helmitolmedication Aufhellung, Abnahme des Sediments, Schwinden des ammoniakalischen Geruchs, Rückgang der subjectiven Erscheinungen. Autor gab das Mittel meist 3—4 mal tägl. zu 1 g in Wasser; mit etwas Zucker versetzt schmeckt es ähnlich wie Citronenlimonade und wurde stets gern genommen. Es wirkte nicht allein stark desinficirend, sondern auch sedativ, indem es sehr oft Schmerzen, Brennen u. s. w. prompt beseitigte. Da 5 Fälle von chronischer C. auf interne Darreichung allein nicht reagierten, so injicirte Autor daneben noch 1%ige, später sogar 2%ige angewärmte wässrige Lösung (100 bis 150 ccm) per Katheter direct in die vorher entleerte Blase gewöhnlich 1 mal täglich; die Flüssigkeit blieb 2—8 Stunden darin und wurde dann spontan entleert. Der Erfolg war ein günstiger, indem noch 2 Fälle geheilt, die anderen gebessert wurden. Nie sah Autor nach diesen (direct per Katheter in die Blase gemachten!) Injectionen Reizungserscheinungen auftreten. Die Firma Bayer & Co. (Elberfeld) giebt Helmitol in Pulver und in Tabletten à 0,5 (um es billig zu machen, verordne man 1 Glasröhrchen: Originalverpackung Bayer mit 20 Tabletten) ab. Die Vorzüge des Mittels bestehen in

1. seiner energischen, auf Abspaltung von Formaldehyd beruhenden desinfectoirischen Wirkung auf den Urin,

welche diejenige des Urotropins um das 4—6fache übertrifft;

2. der Ungiftigkeit, resp. dass das Helmitol, auch in grösseren Dosen genommen, keine Magendarmstörungen hervorruft;
3. seinem angenehmen Geschmack.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1903 Bd. 36, No. 3.)

— Dr. M. Horovitz ist sehr zufrieden mit **Methylenblau** (3—4 mal tägl. 0,1—0,3 in Oblaten oder Pillenform), das sich ihm bei subacuter C. infolge von Gonorrhoe bestens bewährte.

(Centralblatt f. d. gesamte Therapie, Februar 1903.)

### **Ekzem. Ein strichförmiges E. im Versorgungsgebiet eines**

**Nerven und im Anschluss an eine Verletzung** beobachtete Dr. Orlipski (Halberstadt). Eine 26jährige Frau, noch nie krank gewesen, giebt an, vor 14 Tagen am rechten Unterarm ein stark juckendes Hautleiden bekommen zu haben. Es fing an über dem rechten Handgelenk und zog sich von hier aus in einer fast geraden Linie nach oben über den ganzen Unterarm zur Ellenbeuge, über diese hinaus zum Oberarm, an dessen unterem Drittel das Leiden Halt gemacht hatte und nun seit 8 Tagen in dieser Ausdehnung besteht. Pat. hat sich 1—2 Tage vor Beginn des Leidens beim Nähen eine unbedeutende Stichverletzung am rechten Handgelenk zugezogen. Befund: Vom rechten Handgelenk an der Beugeseite, etwas über dem grossen Daumenballen anfangend, sieht man Röthung und Schwellung der Haut und zwar in einer auffällig geraden Linie quer über die Volarfläche des Unterarmes in etwas schräger Richtung gegen die laterale Seite des Armes hinziehend. Die kranke Zone dehnt sich über die Ellenbeuge auf den Oberarm aus und endet hier schliesslich dicht an der radialen Seite an der Grenze zwischen unterem und mittlerem Drittel des Oberarmes ganz nahe bei der Durchtrittsstelle der Vena cephalica humeri. Haut auf dieser so genau abgesteckten Strecke geröthet, nässend, mit Bläschen und Erhabenheiten bedeckt, theilweise borkig belegt. Pat. ausser starkem Juckgefühl ganz gesund, ohne alle Sensibilitätsstörungen. Therapie: Zuerst Umschläge mit Liq. Alumin. acet., später Oesypuspaste, zuletzt Liq. carbon. detergens. Heilung in 3 Wochen. — Wir haben hier also ein streng streifenförmiges E., das über die Vorderfläche des Unterarmes verläuft und plötzlich abgebrochen



endet an einer anatomisch praecisierbaren Stelle: nämlich da, wo der N. cutaneus brachii extern. nahe bei der Vena cephalica humeri als Zweig des N. musculocutaneus, welcher letzterer bekanntlich aus einem Ast des 5. Cervicalnerven, dem Dorsalis scapulae, sich löst, in das Integument des Oberarmes eintritt; und wo der Beginn der Affection, über dem Handgelenk, da liegen die letzten Hautnervenendigungen des Cutaneus brachii extern. Also genau an das Versorgungsgebiet der Nerven schliesst oder schmiegt sich die Hautaffection an; auch die radialwärts gerichtete Tendenz auf der Vorderfläche des Vorderarmes entspricht der anatomischen Zone des Nerven, denn dieser versorgt hauptsächlich das externe Hautgebiet. Das erkrankte Hautgebiet ist das „Dermatom“ (Blaschko) des N. cutaneus brachii. So liefert der Fall einen Beweis des Vorkommens neurogener oder neuritischer Ekzeme. Die alte Bärensprung'sche Auffassung über die Entstehung derartiger Affectionen war die, dass eine Erkrankung der intervertebralen Spinalganglien auf der Base der peripheren Nerven zur Haut herabsteige und hier auf trophoneurotischem Wege Krankheiten hervorrufe. Ob die Stichverletzung causale Bedeutung hatte, bezweifelt Autor; höchstens kann man annehmen, dass mit dem Trauma eine Entzündungsnöxe in den Nerv, resp. seine Umhüllung eindrang, welche Anlass zur ascendirenden Neuritis und weiterhin zur Bildung des strichförmigen E. innerhalb des „Dermatoms“ des N. cutaneus brachii extern. wurde. Dann würde der Fall die Frage der nervösen Hauterkrankungen im Sinne Bärensprung's beantworten helfen.

(Therap. Monatshefte 1902 No. 11.)

**Gonorrhoe.** Ueber die **Prophylaxis der Augenblennorrhoe der Neugeborenen durch Protargol** berichtet Dr. J. Veverka (Geburtshilf. Klinik, Prag). Vom März 1900 bis Februar 1901 wurden 1100 Neugeborene prophylaktisch mit 20%iger Protargollösung behandelt; der Procentsatz der Inficirten war 0%. Ausser dieser prompten Wirkung sind beim Protargol als Vorzüge hervorzuheben: die stets unbedeutend bleibende Reaction der Conjunctiva. Diese Ungefährlichkeit erleichtert die Technik sehr: es kommt gar nicht darauf an, ob man einige Tropfen mehr eintropft. Das nachherige Auswaschen mit Kochsalzlösung fällt weg. Auf der Klinik von Prof. Rubeska wird in folgender Weise verfahren: Sofort nach der Geburt, solange das Kind noch mit der Nabelschnur zusammenhängt, werden

die Lider jedes Auges mit einem in 3%ige Borsäurelösung getauchten Wattebausch gereinigt. Nach Unterbindung und Durchschneidung der Nabelschnur nochmaliges Abwaschen der Umgebung der Augen mit Bor. Dann erst Reinigung der Haut mit Oel und Bad, bei dem die Augen sorgfältig vor dem Badewasser zu schützen sind. Nach dem Bade, der Abtrocknung und der Versorgung des Nabelschnurrestes nochmals gründliche Reinigung der Augenumgebung mit Bor, worauf bei halbgeöffneten Lidern auf die Hornhaut 1—2, auch mehrere Tropfen der Protargollösung aufgeträufelt werden, die dann durch leichtes Bewegen der Augenlider überallhin vertheilt werden. Wenn sich trotzdem stärkere Gefässinjection zeigt, mässiges Lidödem und vielleicht schleimiges Secret, so träufle man weiter 2mal täglich das Protargol ein, bis jeder Verdacht verschwindet. In gleicher Weise behandelt man die Augenblennorrhoe selbst. Auch hier bewährte sich die Protargoltherapie und traten in keinem der 4 so behandelten Fälle Complicationen ein; das Lidödem schwand bei häufigen Waschungen des Auges mit 3%iger Borlösung in 2 Tagen, die Chemosis im Laufe des 3. Tages, eine starke Hyperaemie mit serösem oder schleimigem Secret dauerte gewöhnlich weitere 3—4 Tage noch. Das Einträufeln von Protargol fand 2mal täglich statt, das erste Auswaschen mit Bor  $\frac{1}{2}$  Stunde nach der Instillation.

(Die Heilkunde 1903 No. 1.)

- Eine **neue Applicationsweise der Hefe bei weiblicher G.** versuchte Dr. Otto Abraham (Berlin), nämlich in *Vaginalkugeln*, die von der Pat. selbst eingeführt werden und nachts bei der ruhigen Lage einwirken können. Als bestes Constituens erwies sich eine Mischung von Asparagin und Gelatine, als zweckmässigstes Umhüllungsmittel flüssiges Paraffinöl. Solche «*Rheolkugeln*» werden von Apotheker G. Hirschfeldt (Rothe Adler-Apotheke Berlin C.) hergestellt. Diese enthalten Hefezellen längere Zeit lebensfähig. Die Pat. führen sie sich Abends ein, legen ein Menstrualkissen oder Watte vor die Vulva und entfernen morgens mit lauwärmer Wasserspülung die Gelatinemassen. So behandelt wurden 40 Pat. mit frischen und älteren blennorrhoeischen Erkrankungen (9mal *Vulvitis acuta*, 3mal *Urethritis*, 3mal *Bartholinitis*, 10mal *Kolpitis*, 12mal *Portio-Erosionen*, 34mal *Endometritis cervicis* und 3mal *Endometritis corporis*). Am schnellsten wurden günstig beeinflusst Vulvitis, Kolpitis und Portio-Erosionen. Juckreiz und

Brennen wurden nach 1—2 Tagen geringer, der Fluor heller, weniger eitrig, verschwand nach wenigen Tagen völlig. Selbst thalergrosse Erosionen heilten nach 4—8 Tagen. Bei diesen Affectionen kein Misserfolg! Von den 3 Bartholinitiden mussten 2 incidirt werden, der 3. ging, ohne zur Eiterung zu kommen, mit der Kolpitis zurück. Urethritis blieb unbeeinflusst. Sehr günstig war dagegen der Erfolg bei der Endometritis cervicis, indem von 34 Fällen 30 völlig abheilten. Je frischer die Erkrankungen, desto kürzer die Heilungsdauer, die zwischen 5—23 Tagen schwankte; doch gelang es auch, Jahre lang bestehende Katarrhe zu beseitigen. Gonokokken, 28 mal vor der Behandlung gefunden, waren nach dieser nicht mehr zu entdecken. Von den 3 Fällen von Endometritis corporis wurde 1 Fall durch die Vaginalkugeln geheilt, sodass man annehmen muss, dass die Hefezellen weiter nach oben vordringen können.

(Sonderabdruck aus Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynaek. Bd. XVI.)

- **Albargin** hat Dr. W. Pick (Dermatolog. Klinik, Prag) bei einer grossen Zahl von Fällen von *acuter G.* verwendet und konnte die völlige Reizlosigkeit des Mittels, sowie seinen beschleunigenden Einfluss auf das Verschwinden der Gonokokken mit Sicherheit feststellen, welches durchschnittlich am 8. Behandlungstage geschah. Die Pat. mussten 3 mal täglich Injectionen von 5 Minuten Dauer vornehmen, anfangs mit einer  $\frac{1}{4}\%$ igen Lösung, nach 1 Woche mit einer  $\frac{1}{2}\%$ igen, nach einer weiteren mit einer  $1\%$ igen. Stärkere wurden nicht verwendet, nur die Dauer auf 10 Minuten verlängert, und auch diese protrahirten Injectionen wurden ohne wesentliche subjective Beschwerden ertragen, wenn sie auch einen starken desquamativen Katarrh mit reichlich Epithelien und Fibrin im Secret, zur Folge hatten. Der Verlauf einer acuten G. unter Albarginbehandlung stellt sich also so dar, dass wir unter der  $\frac{1}{4}\%$ igen Lösung ein baldiges Seltenerwerden oder vollkommenes Verschwinden der Gonokokken eintreten sehen, ohne dass sich an der sonstigen Qualität des Secrets eine wesentliche Aenderung zeigt; unter der  $\frac{1}{2}\%$ igen Lösung nimmt zumeist der Gehalt an Fibrin und Epithelien im Secret zu, wobei sich aber stets noch reichlich Leukocyten finden; die  $1\%$ ige Lösung endlich, von welcher Gebrauch zu machen man nur selten genöthigt ist, wirkt stark adstringirend. Auf welcher der 3 Stufen wir die Gonokokken zum Verschwinden bringen, ist individuell verschieden und

lässt sich nicht bestimmen; mit voller Bestimmtheit lässt sich aber sagen, dass, wenn wir die Gonokokken zum Verschwinden gebracht haben, dieser Effect ein dauernder ist, die Gonokokken dauernd fortbleiben. Wir besitzen also im Albargin ein Antigonorrhoicum, das in Bezug auf Raschheit der Wirkung und Reizlosigkeit sich den besten bisher bekannten Mitteln gleichwerthig erweist, bezüglich der Sicherheit in der Dauer der Wirkung dieselben scheinbar noch übertrifft. — In den Fällen *subacuter* und *chronischer* G. brachte Autor *Chromsäure* und *Argent. nitr. combinirt* zur Anwendung, beide Mittel in gleicher Concentration anfangs 1 : 4000, bald 1 : 3000 und später 1 : 2000. Die Pat. mussten früh und Abends, dann nur Abends, endlich jeden 2. Tag Injectionen vornehmen in der Art, dass sie nach dem Uriniren zunächst die Chromsäure injicirten und 1—3 Minuten behielten, dann die Spritze einige Male mit Wasser durchspülten und Arg. nitr. für die gleiche Dauer einspritzten. Die Chromsäure bewirkte gar keine Beschwerden, wohl aber Arg. nitr. zuweilen heftiges Brennen, wie auch die Injectionen in einigen Fällen die vorhandenen Entzündungserscheinungen steigerten. Doch konnte meist durch Verminderung der Concentration und der Dauer der Einwirkung eine Gewöhnung an das Mittel erzielt werden. In seltenen Fällen musste die Behandlung ausgesetzt werden. In der Regel aber bewirkte die Behandlung Versiegen der Secretion, bedeutende Abnahme der Fäden und Leukocyten, sodass die Epithelien, an Zahl rasch zunehmend, allmählich allein das Feld beherrschten. Also eine hochgradig adstringirende Wirkung, aber nicht mit einer starken Reizwirkung einhergehend. Diese Reizlosigkeit ist ein Indicator dafür, ob man mit den Injectionen fortfahren soll oder nicht, weil die Wirkung der Mittel eine ganz eclatante, schon nach wenigen Tagen eintretende sein muss, oder überhaupt nicht eintritt. Bei acuter G., bei Complicationen, endlich in jenen Fällen, wo sich zwar keine Gonokokken mehr finden, wo aber noch immer reichliche Eitersecretion besteht, ist diese Behandlung contraindicirt. Nur in jenen Fällen, wo die acuten Entzündungserscheinungen abgeklungen sind, wo sich nur mehr schleimige Secretion, wo sich ein Morgentropfen vorfindet, wo der diffuse Entzündungsprocess sich auf mehr circumscribte Herde beschränkt hat, da ist die Behandlung am Platze. Gerade solche Fälle sind es aber, mit denen wir es zu thun bekommen. Und hier leistet jene Methode ausgezeichnete Dienste.

(Die Therapie der Gegenwart, Febr. 1903.)

**Herpes.** Zur **Therapie des H. zoster** giebt Dr. Ströhl (München) an, dass er, um Eiterung der Bläschen zu verhüten, dieselben alle Stunden bepinselt mit:

Rp. Menthol. 1,0

Alkoh. absol.

Aq. carbolis. aa 25,0

Durch diese Bepinselung, welche zugleich angenehm kühlend wirkt, wird erreicht, dass die Bläschen in ca. 48 Stunden vollständig eintrocknen. *Münchener med. Wochenschrift* 1902 No. 47.

**Hyperidrosis.** **Guacamphol bei Nachtschweissen der Phthisiker** wandte Dr. L. v. Kétly (II. medic. Klinik Budapest) an und lernte das Mittel als sehr prompt wirkendes (gewöhnlich wurde es Abends 9 Uhr in Pulverform verabreicht), dabei gänzlich unschädliches Präparat schätzen. Aus seinen Erfahrungen schliesst er:

1. Es steht in Hinsicht seiner sicheren schweisstillenden Wirkung, als auch seiner vollkommenen Unschädlichkeit über allen bisher bekannten Mittel dieser Art.
2. Sicherer Effect ist gewöhnlich mit 0,2—0,3 g zu erreichen, aber seine Dosis kann, wenn nöthig, auch bis 0,5—1,5 g gesteigert werden.
3. Die Wirkung kommt schon nach der 1. Gabe zustande und besteht in der Mehrzahl der Fälle nach 5—10tägigem Gebrauch und nach Aussetzen des Mittels noch 2—3 Wochen hindurch. Im Falle neuen Auftretens des Schweisses wirkt es, wieder verabfolgt, ebenso sicher.
4. Die Wirkung des vom Guacamphol sich abspaltenden Guajacol ist kaum in Betracht zu nehmen.

(Die Heilkunde 1902 No. 10.)

**Hysterie.** **Beseitigung schwerer hysterischer Krampfscheinungen durch Wachsuggestion** erreichte in 2 Fällen leicht Dr. H. Stadelmann (Würzburg). 1. Knabe von 12 Jahren verletzte sich unbedeutend am linken Knie. Einige Stunden später sollte er gezüchtigt werden und versteckte sich aus Angst hinter einem Busch, wo er Stunden lang blieb. In diesem Affectzustand wurde die geringfügige Empfindung nach der Verletzung zu einem hysterischen Dauersymptom. Es zeigte sich eine so starke Contractur des linken Kniegelenks, dass die Ferse die Haut über den Glutaci berührte. Haut um das Kniegelenk hochgradig hyperaesthetisch. Knie activ und passiv nicht beweglich. 6 Monate lag Pat. im Bett oder humpelte mit

dem anderen Bein herum. Durch Wachsuggestion gelang es, alle Symptome in  $1\frac{1}{2}$  Tagen zum Verschwinden zu bringen. Kein Rückfall. 2. Mädchen von 12 Jahren hatte sich in der Schule sehr angestrengt und viel mit feinen Nadeln genäht. Eines Tages Schwächegefühl in der rechten Hand, das sich bald auf den ganzen Arm erstreckte. Pat. konnte nichts mehr anfassen oder festhalten, schliesslich bekam sie, sobald sie nach etwas griff, Zitterbewegungen an Hand und Arm, die zu kräftigen Schleuderbewegungen wurden, sodass angefasste Gegenstände weit in die Luft flogen. Diese ungeordneten Bewegungen erstreckten sich dann auch auf die Muskulatur der rechten Schulter, der rechten Nacken- und Gesichtshälfte und Zunge. Der Zustand wurde, nachdem er 5 Monate andauerte, durch eine einzige Wachsuggestion beseitigt, und die Heilung hält bis jetzt ( $1\frac{1}{2}$  Jahre) an.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1903 No. 5.)

- Einen **Fall traumatischer H. durch psychische Behandlung rasch zur Heilung gebracht** hat Dr. R. Traugott (Breslau). Die Strümpell'sche Anschauung, dass bei den sogen. Unfallsneurosen die Begehrungsvorstellungen, d. h. die auf die Rentenerwartung sich beziehenden Gedanken eine grosse Rolle spielen, wird jetzt allgemein als richtig anerkannt. Krankheitsbilder, die den traumatischen Neurosen entsprechen, schliessen sich auch an nicht entschädigungspflichtige Unfälle an, aber der Verlauf dieser Fälle pflegt ein weit gutartigerer zu sein, als bei Rentenempfängern. Das zeigt auch Traugott's Fall wieder. Ein 16jähr. Bursche hatte gelegentlich einer aushilfsweisen Beschäftigung bei seinem Vater, also *bei einer der Versicherungspflicht nicht unterliegenden Arbeit*, am 14. Mai 1902 dadurch einen Unfall erlitten, dass eine herabfallende Kiste ihn an der linken Schulter und am linken Arme traf. Er erschrak heftig, verlor aber nicht die Besinnung, empfand kurze Zeit einige Schmerzen, blieb aber sonst frei von Folgeerscheinungen. Erst ca. 8 Tage nach dem Unfälle begann sich im linken Arme ein Gefühl von Schwäche einzustellen, und diese ging innerhalb weniger Tage in Lähmung über, sodass Pat. schliesslich nicht mehr die geringste Bewegung mit der linken Schulter, dem linken Arme und der linken Hand ausführen konnte. Pat. hat in den letzten Jahren öfter an „Anfällen von nervöser Aengstlichkeit gelitten“, seine Mutter soll viel mit Kopfschmerzen und einem „nervösen Herzleiden“ behaftet sein. Pat. ist jetzt thatsächlich nicht imstande, irgend eine Bewegung mit

seiner linken Oberextremität auszuführen, kann auch die linke Schulter nicht heben. Passiv alle Bewegungen in normaler Weise ausführbar, ohne Schmerzen. Auf der linken Seite des Körpers eine Zone absoluter Hautanaesthesia für Berührung, Schmerz, Temperatur, beginnend in der Höhe des linken Auges und nach abwärts über Gesicht, Hals, Schulter, Arm, Hand und Rumpf bis zu einer 2 cm oberhalb der Crista oss. ilei horizontal um den Leib verlaufenden Linie sich erstreckend. Elektrocutane Empfindlichkeit in dieser Zone ziemlich gut erhalten, jedoch immerhin gegenüber der anderen Körperhälfte deutlich herabgesetzt. Nach innen vom Poupart'schen Bande (entsprechend der Ovarialgegend beim Weibe) ein auf Druck sehr empfindlicher Punkt. Es gelang durch sehr energische, sofort eingeleitete Wachsuggestion, den Pat. dazu zu bringen, Bewegungen mit der linken Oberextremität vorzunehmen. Pat. kam schon an diesem Tage soweit, die Hand activ auf seinen Kopf zu legen. Kraft der Bewegungen allerdings noch gering, Händedruck links viel schwächer, als rechts. Als Pat. nach 2 Tagen wiederkam, konnte er schon kleine Bewegungen mit den Fingern machen. Den Arm selbst zu bewegen, sich auszukleiden, war er nicht fähig. Doch gelang es noch rascher, als das erste Mal, wieder durch Wachsuggestion, ihn zur Ausführung aller normalen Bewegungen mit der linken Oberextremität zu veranlassen, wobei sich die Kraft erheblich grösser zeigte, als das erste Mal. Pat. wurde mit der Weisung entlassen, zu Haus durch Freitübungen, durch Heben von Stühlen etc. beide Arme gleichmässig wieder an die normalen Bewegungen zu gewöhnen. Als Pat. nach 2 Tagen zum 3. und abermals nach 2 Tagen zum 4. Mal erschien, wurden die Suggestionen durch die muskuläre Faradisation unterstützt, mit dem Erfolge, dass Kraft und Bewegungsfähigkeit im vollen Umfange wiederkehrten. Hingegen gelangen die bei dieser 3. und 4. Sitzung vorgenommenen Versuche, auch die sensible Lähmung durch Verbalsuggestion zu beseitigen, nur sehr unvollständig. Daher wurde Pat. noch in leichte Hypnose versetzt und ihm zunächst in derselben eine Anaesthesia des rechten gesunden Armes suggerirt, indem ihm gesagt wurde, dass die Unempfindlichkeit des linken Armes auf den rechten übergehen und dann auf diesem verschwinden werde, sodass nachher überall normale Empfindung vorhanden sein würde. Es gelang dies zu erreichen, und Pat. war und blieb nunmehr durchaus normal.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 7.)

- Wie schwierig oft die **Differentialdiagnose der H. und multiplen Sclerose**, zeigt wieder ein von Boldt mitgetheilter Fall: 22jähr. Unfallpatientin, welche, ohne hereditär irgendwie belastet zu sein und bis dahin angeblich ganz gesund, in ihrem 19. Lebensjahre nach Angabe des damals behandelnden Arztes kurze Zeit an Chorea minor litt und dann geheilt aus der Behandlung entlassen wurde. 2 Monate später erlitt sie einen Unfall, indem sie sich im Betriebe über dem linken Auge eine tiefe, bis auf den Knochen reichende Wunde zuzog. Dieselbe war nach 8 Tagen geheilt, und Pat. ging dann 4 Monate lang ihrer Arbeit wieder nach, ohne dass anscheinend krankhafte Erscheinungen zurückgeblieben wären. Nach dieser Zeit will Pat. zum 1. Male ein eigenthümliches Zittern in beiden Armen und Beinen bemerkt haben; auch ermüdeten letztere leicht. Sie wurde damals 2 Monate in ihrem heimathlichen Krankenhause an H. behandelt, dann gebessert entlassen. Vor 8 Monaten kam Pat. zum Autor zur Behandlung und Begutachtung, wurde nach 2 Monaten als geheilt und voll erwerbsfähig wieder entlassen. Diagnose: „Traumatische H. auf der Basis des vor ca. 1 Jahr erlittenen Unfalles.“ Schon kurze Zeit nach ihrer Entlassung traten die alten Beschwerden wieder heftig auf, Pat. konnte nicht mehr arbeiten und kam wieder zur Begutachtung. Jetzige Klagen: Völliges Unvermögen, zu stehen und zu gehen, starke linksseitige Kopfschmerzen. Objectiv: Hypalgesie im inneren unteren Drittel des rechten Oberschenkels. Augenbefund (bei der Aufnahme): Mässige linksseitige Abducensparese, linksseitige Doppelbilder, starker Nystagmus bei allen intendirten Augenbewegungen, 8 Tage später auch rechtsseitige Abducenslähmung und entsprechende Doppelbilder. Fibrilläre Zuckungen der Gesichtsmuskulatur; leichtes Abweichen der Zunge nach rechts. Keine Facialispause. Keine Druckpunkte. Von Seiten der oberen Extremitäten starke Ataxie, kein statischer, deutlicher Intentionstremor. Erhebliche Abnahme der Kraft. Von Seiten der unteren Extremitäten enormer spastisch-paretischer Gang, Parese im Bereiche des linken Peroneus. Sprache verlangsamt. — Man musste naturgemäss zunächst an einen schweren Rückfall der traumatischen H. denken, indem durchwegs Erscheinungen vorlagen, wie sie sich auch bei H. finden. Stutzig machte nur die anfangs einseitige Abducensparese; echte isolirte Lähmung der inneren Augenmuskeln kommt doch wohl bei H. kaum vor, es lag also Verdacht auf ein organisches Leiden nahe. Dieser



Verdacht wurde zur Gewissheit, als dann deutliche Ungleichheit der Kniereflexe entdeckt wurde (Steigerung links, fast völlige Aufhebung rechts), was unbedingt für den organischen Charakter des Leidens sprach. Endlich wies Pat. noch das Babinsky'sche Phaenomen auf, das nach Oppenheim u. A. gleichfalls absolut entscheidend für den organischen Charakter ist. Nun wurde die Diagnose auf multiple Sklerose gestellt, allerdings innig gepaart mit schwerer H., wofür das geradezu Wuchtige in dem Auftreten der einzelnen Symptome sprach, insonderheit der spastisch-paretische Gang und die Parese im Bereiche des linken Peroneus. Was von den Symptomen auf Rechnung des einen oder anderen Leidens zu setzen war, liess sich schwer entscheiden.

(Naturwissenschaftl.-medic. Gesellschaft zu Jena, 5. II. 1903. —  
(Münchener med. Wochenschrift 1903, No. 8.)

### **Ileus. Zur Erklärung der Darmwirkung des Atropin auf**

**dessen Anwendung beim I.** theilt Prof. Pal folgende Ergebnisse aus einer seit 1899 über diesen Gegenstand an Hunden ausgeführten Untersuchungsreihe mit: Das Atropin schädigt in der Regel die Nervenendapparate des Vagus sowie des Splanchnicus (in diesem auch die Vasomotoren) und lähmt dieselben unter Umständen völlig. Frei bleiben dagegen die Muskeln der Darmwand sowie erregbar diejenigen Ganglienapparate, welche der Pendelbewegung resp. der Peristaltik dienen. Der Tonus der Darmwand wird sichtlich, wenn auch häufig nur vorübergehend herabgesetzt, allein gleichzeitig wird der Darm der Einwirkung hemmender, reflectorischer Reize weniger zugänglich und damit in Fällen, in welchen solche vorhanden sind, günstigere Bedingungen für die Bewegungen des Darmes geschaffen. Um diese zu fördern, bedarf es aber erst entsprechender Reize, die gerade unter pathologischen Bedingungen vorhanden sind oder hinzugefügt werden müssen, wenn die vorhandenen nicht genügen. Die auch nach grossen Atropindosen fortbestehende Erregbarkeit der genannten Darmwandganglien lässt sich auch experimentell, namentlich durch Morphin, nachweisen. Autor mochte auf die lebhaft erregende Wirkung minimaler Morphingaben, selbst nach grossen Atropindosen, aufmerksam machen und bemerken, dass in den meisten Beobachtungen, in welchen über die glänzende Wirkung des Atropins berichtet wurde, die Pat. auch unter der Wirkung kleinerer oder grösserer Gaben von Opium, Morphin oder Codein

standen. Aus diesen Untersuchungen erklären sich viele Widersprüche in den Beobachtungen, ebenso wird eine Grundlage für die Anwendung des Atropin, sowie dessen Combination mit Morphin oder dessen Derivaten bei I. geschaffen. Da Atropin auf bestimmte Ganglienapparate des Darmes wirkt, so kommt es nur für Fälle in Betracht, in welchen die Ausschaltung desselben von Nutzen sein kann. Es sind dies diejenigen, in welchen der Darm unter dem Einfluss reflectorischer Reize steht, wie beim dynamischen, event. auch dem von einzelnen vertretenen paralytischen I., dort somit, wo die Ileuserscheinungen häufig nur von symptomatischer Bedeutung sind und nicht das Wesentliche der Krankheit ausmachen. Unter den Formen des mechanischen I. ist speziell die echte Darmstenose hier auszuschliessen. In einzelnen Fällen dieser Gruppe ist ja unter günstigen Bedingungen eine Wirkung des Atropin möglich, wenn es sich um analoge Vorgänge, wie bei der incarcerirten äusseren Hernie handelt und die Circulation in der eingeklemmten Schlinge erhalten ist. Eine zielbewusste Anwendung des Atropin ist somit nur denkbar, wenn der Mechanismus der Ileuserscheinungen klarliegt; dies begegnet aber meist unüberwindlichen Schwierigkeiten. Stets ist ferner zu bedenken, dass die Anwendung des Atropin, abgesehen von der Giftwirkung, noch eine gross-Gefahr mit sich bringt: die Trübung des ganzen Krankheitsbildes, wodurch der richtige Zeitpunkt für einen etwa nothwendigen operativen Eingriff leicht übersehen wird.

(Münchener med. Wochenschrift 1902 Nr. 47.)

- Die **Atropinbehandlung eines Falles von Darmparalyse mit Ileuserscheinungen im Verlaufe einer Meningomyelitis luetica** führte Dr. Homburger (städt. Siechenhaus Frankfurt a. M.) erfolgreich durch. Die 57jähr. Pat. hatte 2 Tage lang keinen Stuhl, Brustpulver und wiederholte Klysmata versagten; die Bauchpresse versagte gänzlich. Starker Meteorismus, Brechreiz und Würgebewegungen, Peristaltik weder sicht- noch hörbar. Monstreklystiere, Ricius- mit Crotonöl völlig effectlos, Puls klein (100). Als am 3. Tage (21. VI.) bei gleicher Therapie keine Stuhlentleerung erfolgte, der Meteorismus einen bedrohlichen Grad erreichte, die Brechversuche immer angestrengter wurden und der Allgemeinzustand sich zusehends verschlimmerte, wurden 12 Uhr Mittags 1 mg, 4 Uhr 2 mg Atropin injicirt. Bald nach der 1. Injection Schlaf, Abends 6 Uhr

liess die Spannung der Bauchdecken nach, Puls 76. Am nächsten Morgen der gleiche Zustand; in 4stündlichen Abständen wurden 1 mg, dann 2mal je 2 mg injicirt. Nachmittags sank der Leib beträchtlich ein, es gingen reichlich Gase ab, der Brechreiz hörte auf. Am 23. VI. Morgens auf hohe Einläufe Entleerung grosser Mengen krümeligen alten Koths mit der stark stinkenden Spülflüssigkeit; am gleichen und folgenden Tage wiederholten sich die Entleerungen, die Gefahr war behoben. — Es hatte hier also Verlegung der Darmpassage bestanden; das Bestehen eines rein mechanischen Hindernisses, wie Achsendrehung und innere Einklemmung, konnten mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Die Ursache war unverkennbar Lähmung des Darmes im Verlaufe einer Meningitis syphilitica spinalis, die sich acut zur Meningomyelitis ausgestaltet hatte. Bei einer solchen spinalen Darmlähmung konnte ebensowenig das Zustandekommen einer eigentlichen Antiperistaltik, wie bei der gleichmässigen Lähmung der Bauchmuskulatur das Eintreten von Rückstosscontractionen erwartet werden; daher kam es nur zu reflectorischen Brechversuchen, nicht zum Erbrechen. Nachdem sich die anderen Mittel als unzulänglich erwiesen, blieb als ultimum refugium Atropin übrig. Freilich erscheint es zunächst wohl paradox, mit einem Mittel, das die Darmmuskulatur lähmt, die Erscheinungen einer Darmlähmung beseitigen zu wollen. Aber Atropin hatte Erfolg, und ist wohl der scheinbare Widerspruch, der darin liegt, darin begründet, dass man sich von der Darmlähmung keine richtige Vorstellung macht. Allem Anscheine nach ist der Zustand des Darms beim paralytischen I. gar keine complete Lähmung, keine maximale Erschlaffung der Muskulatur. Autor glaubt vielmehr, dass bei einem acuten Aufhören der spinalen Innervation der Darm fürs erste in dem Zustande verharret, in welchem ihn dieses gerade trifft. Da der Darm aber weder je in seiner ganzen Ausdehnung erschlafft, noch je in seiner ganzen Ausdehnung contrahirt ist, so wird in jedem Momente, in dem der augenblickliche Zustand desselben fixirt wird, ein Abschnitt desselben sich im Zustand der Erschlaffung, ein anderer im Zustand der Contraction befinden. Ist nun der Darm an beliebiger Stelle um seine Contenta contrahirt, so bilden diese, wird die Contraction fixirt und dadurch zur Contractur, einen Verschluss. So erklärt sich das Bild dessen, was als paralytisches I. bezeichnet wird, so wird auch eine präzise Indication für die An-

wendung des Atropins gegeben: es löst eben die Contractionen und macht aus einem in bestimmtem Thätigkeitsmoment fixirten, scheinbar gelähmten Darm einen wirklich toxisch gelähmten, so für die Contenta die nothwendige Lockerung schaffend. Deshalb hält Autor gerade beim paralytischen I. das Atropin für angezeigt. Soll aber diese Indication eine wirklich präzise sein, dann ist es nöthig, zu wissen, welche bestimmte Erkrankung des Nervensystems vorliegt, die zur Darm lähmung geführt hat, wie dies in obigem Falle möglich war. Insbesondere ist die spinale Lues ins Auge zu fassen, die bis dahin vielleicht ohne bedeutende Beschwerden verlaufen, plötzlich den gefährlichen Zustand inscenirt.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 6.)

### **Influenza.** Zur **Pathologie und Therapie der I.** macht Dr.

W. Stekel (Wien) einige bemerkenswerthe Mittheilungen. Die genaue Besichtigung des weichen Gaumens ist ein differentialdiagnostisch sehr wichtiges Hilfsmittel bei der I. In einer grossen Anzahl von Influenzafällen treten fibrinartige weisse Stellen unter der Schleimhaut auf, welche, zufällig auf der Tonsille localisirt, mit einem Pseudocroup oder einem echten Influenza-Croup combinirt, das Bild einer echten Diphtheritis vortäuschen können. Zahlreiche Erfahrungen lehrten den Autor, dass es in der That *ein typisches Bild einer Pseudo-Diphtheritis giebt, die in Wahrheit nur eine croupöse I. ist*, und deren Diagnose in den meisten Fällen nicht gestellt wird. Man kann die Diagnose aber leicht stellen, wenn man auf folgende Momente Rücksicht nimmt: Influenza-Diphtheritis fängt in der Mehrzahl der Fälle mit Bronchitis an. Die Zunge zeigt meist das Bild einer Himbeerzunge. Die Milz ist vergrössert, mitunter auch palpabel. Am Gaumen finden sich fleckenförmige Streifen. Der Influenzabelag hat ein gelblich-weisses Aussehen und sitzt nicht auf der dunkelroth-düsterentzündeten Schleimheit, wie bei Diphtheritis, sondern auf fast normal gefärbten Tonsillen. Ist dieser Belag an den Mandeln, so zerfällt er sehr rasch und kann nach einigen Tagen schwinden. Am weichen Gaumen und in der Nase jedoch persistiren diese Stellen oft 14 Tage nach der Entfieberung. Wichtig ist noch das merkwürdige Verhalten des Herzens bei der I., das etwa bei 50% der Pat. sich zeigte. Meist handelte es sich um eine leichte Arrhythmie des Pulses, die abwechselnd bald mit Tachycardie, bald mit Bradycardie

combinirt war; in einzelnen Fällen wurde auch geringe Dilatation des Herzens constatirt, hie und da auch ein systolisches Geräusch an der Herzspitze. Heilserum hat auf solche Fälle gar keinen Einfluss, während genügend hohe Dosen *Chinin* rasche, oft ganz unglaublich rasche Besserung des Zustandes herbeiführen. Autor hat Kinder gesehen, wo plötzlich mit heftigem Krampfhusten ein intensiver Pseudocroup eintrat, die Pat. in höchster Lebensgefahr zu schweben schienen; ein Brechmittel (Syr. Ipecac. alle 5 Minuten thee- bis esslöffelweise) beseitigte prompt den Zustand, der sich unter Berücksichtigung oben genannter Erscheinungen als Influenza-Croup entpuppte. In anderen Fällen trat die I. dem Unkundigen vollständig wie eine Diphtherie entgegen; wer jene differentialdiagnostischen Zeichen kennt, vermag diese Fälle sogleich als *Influenza-Diphtherie* zu diagnosticiren und durch kräftige Dosen Chinin rasch zu heilen. *Chinin scheint auf die Influenzaerreger direct tödtlich einzuwirken*, wenn es möglichst am 1. Tage und in genügender Dosis verabreicht wird. Kindern unter 6 Jahren giebt Autor Chinin. tannic., soviel dg., als Pat. Jahre hat. in 2maliger Dosis. Auch *Euchinin* wirkt prompt. Grössere Kinder erhalten Chinin. mur. oder sulfur. in kräftiger Dosis, 2—3mal in halbstündigen Intervallen, ebenso Erwachsene, die, wenn sie kräftig sind, ganz gut z. B. 2 Chinindosen à 1 g in Pausen zu 1 Stunde erhalten können. — Autor legt seinen Beobachtungen grosses Gewicht bei. Vielleicht sind viele Fälle von angeblicher Diphtheritis nichts als Influenzafälle. Vielleicht auch beruht die rasche Abnahme der Sterblichkeit an Diphtheritis in der Serumzeit auch auf der Anwesenheit von Influenzabacillen. Es scheint zwischen I. und Diphtheritis ein gewisser Antagonismus zu bestehen, und es existiren in der Litteratur auch Beobachtungen, die dafür sprechen, dass der Influenzabacillus andere Mikroorganismen tödten kann.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1902 No. 44 und 45.)

### **Magen- und Darmkatarrhe. Ueber den therapeu-**

**tischen Werth der Bismutose** theilt Privatdoz. Dr. H. Starck (Heidelberg, medic. Klinik) seine Erfahrungen mit. Das Präparat wurde bei 37 Kindern angewandt, von denen 9 das 13. Lebensjahr überschritten hatten, die übrigen 8 Wochen bis 12 Jahre alt waren. 10mal handelte es sich um *Brechdurchfall*, 6mal um *chron.* (2mal tuberculösen), 17mal um *acuten Darmkatarrh*, 4mal um *Ulcus ventriculi*. Alle wurden ambulant behandelt. Die Wirkung war beim Brech-

durchfall und acutem Darmkatarrh ganz vorzüglich, ebenso in 4 Fällen chron. Enteritis; 1 Fall von tuberculöser Enteritis blieb unbeeinflusst, 3 Fälle von Ulcus ventriculi wurden gebessert. Beim Brechdurchfall hörten mehrmals Erbrechen und Durchfall bereits nach dem 1. Tage auf, der Appetit kehrte wieder, die Kinder wurden lebhaft und nahmen rasch an Gewicht zu; in hartnäckigeren Fällen konnte das Medikament stets nach 8—10 Tagen ausgesetzt werden. Auch beim acuten Darmkatarrh schwanden Schmerzen und Durchfall nach einem oder wenigen Tagen, der Ernährungszustand hob sich rasch. Man giebt das Präparat, das stets gut vertragen wurde und nie unangenehme Nebenerscheinungen machte, in häufigen Dosen von  $\frac{1}{2}$ —1 g (pro die 6—10 g) als Pulver (das auch von kleinen Kindern gern genommen wurde), noch besser in Form folgender Mixtur:

Rp. Bismutose  
Mucil. gumm. arab. aa 15,0  
Aq. dest. ad 100,0  
S. Stündlich 1—2 Kaffeelöffel.

Autor fasst sein Urtheil dahin zusammen, dass Bismutose „ein unschädliches, geschmackloses, auch von kleinen Kindern leicht einzunehmendes, vorzügliches Adstringens ist, das Reizzustände des Magendarmkanals der Kinder in günstiger Weise beeinflusst.“ (Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 47.)

— **Ausgedehnte Untersuchungen über die desinficirende Wirkung des Ichthoforms bei den Erkrankungen des Magen-Darmkanals** stellte Dr. Jos. Winterberg (Wien, k. k. allgem. Krankenhaus) an und kam zu sehr günstigen Resultaten. Nur 2 Fälle (schwere Tuberculosen) blieben unbeeinflusst, in den übrigen 28 Fällen zeigte Ichthoform eine eminent gährungshemmende und fäulniswidrige Wirkung, ohne die Darmthätigkeit wie Opium zu beschränken. Es blieben also die Stühle zunächst an Zahl gleich, aber sie besserten sich in der Beschaffenheit deutlich, und indem das Grundleiden günstig beeinflusst wurde, sistirten auch bald die Diarrhoen. So bewährte sich Ichthoform bei acuten und chronischen Magen- und Darmkatarrhen, bei Stagnation von Ingestis infolge Atonie, bei tuberculösen Enteritiden, bei Typhus und Dysenterie, toxischen und septischen Diarrhoen. Gewöhnlich gab Autor 3—5 mal tägl. ein Pulver à 0,5 g, aber auch bis 12 Pulver pro die, ohne dass sich je unangenehme Nebenerscheinungen zeigten.

(Wiener Medicin. Blätter 1908 No. 3.)

- Seine **praktischen Erfahrungen mit Kufeke's Kindermehl** theilt Dr. G. Wallbach (Berlin) mit, indem er aus seinem Kindermaterial 5 Fälle als Typen von Fällen beschreibt, wo sich das Mehl bestens bewährt. 2mal handelte es sich um mehr chronische Erkrankungen, um Atrophie, welche den Ausgang einer auf Ernährungsstörungen beruhenden Dystrophie bildete. In beiden Fällen kam es darauf an, zunächst die Ernährungsstörung zu beseitigen, um dann durch Zuführung geeigneter Nahrung der Macies Herr zu werden; in beider Hinsicht leistete Kufeke-Mehl gute Dienste, auch zeigte sich bei dem einen Fall, dass Milch mit Kufeke trotz bestehenden Durchfalls gut vertragen wurde und die Häufigkeit der Stühle alsbald nachliess. Bei den M. der Kinder wird man natürlich meist gut thun, die Milch ganz wegzulassen. Hier genügt längere Zeit die wässrige Kufeke-suppe zur Ernährung, und es ist manchmal frappant, wie schnell dann die störendsten Erscheinungen, das Aufgetrieben-sein, die Kolik etc. verschwinden. Lehrreich war auch Fall 3, wo bei einem hochfiebernden mit Magendarmkatarrh behafteten Kinde die Kufekesuppe zur Ernährung und Erhaltung des Kräftezustandes vollkommen ausreichte. Bei Fall 4 bestand chronische Verstopfung, wie man sie bei ausschliesslicher Milchernährung oft sieht. Unter Kufeke-suppe regelte sich der Stuhlgang, wie Autor das Gleiche schon mehrfach beobachtet hat. Kufeke wird von Kindern jeden Alters gern genommen und erweist sich nützlich in allen Fällen von Ernährungsstörungen, Verdauungsstörungen acuten und chronischen Charakters.

(Die ärztl. Praxis 1903 Nr. 3.)

- Ueber die therapeutische Verwerthbarkeit der **Abrotanol-Pastillen** berichtet Dr. G. Helfer (k. k. allgem. Krankenhaus in Wien). Ein altes als Stypticum verwendetes Volksheilmittel ist *Abrotan*, *Artemisia Abrotum* (Stabwurz, Eber-raute, Hofraute, Citronelle, Citronenkraut, Gartenwurz). Das daraus entnommene Extract wurde von der Firma Hell & Co. (Troppau) mit *Menthol* in Verbindung gesetzt und mit Cacao überzogen. Das Ganze sind die Abrotanol-Pastillen, die durch ihre Componenten adstringirend, desintificirend und magenstärkend wirken sollen, und bei einer Anzahl von Fällen von Gastroenteritis, auch tuberculöser Diarrhoen und dergl. sich auch als gutes Stypticum und Stomachicum bewiesen. Die Wirkung zeigte sich in einer Herabsetzung der gesteigerten Darmperistaltik, der Kolikschmerzen, der Hypersecretion der Darmschleimhaut, der pathogenen Keime,

und oft genügten wenige der Pastillen schon, um jene Affectionen zum Verschwinden zu bringen.

(Wiener med. Presse 1903 No. 3.)

**Obstipatio.** **Purgatin**, das neue Abführmittel der Firma

Knoll & Co., hat jetzt auch Dr. v. Hösslin (Allgem. Krankenhaus Nürnberg) therapeutisch benutzt. Das Präparat, bekanntlich Anthrapurpurindiazetat, wurde, ohne Geschmack und Geruch, wie es ist, von allen Pat. gern genommen. Nie brachte es unangenehme Nebenwirkungen hervor, auch Leibschmerzen nicht; bestanden solche schon vorher, so wurden sie nicht vermehrt. Purgatin erwies sich überhaupt als mildes und angenehmes Abführmittel. Als wirksame Dosis wäre 1,5 g anzusehen, bei welcher in 95 % aller Fälle die gewünschte Wirkung nicht ausblieb. Um auch die Wirkungen höherer Dosen zu beobachten, bekamen 9 Pat. mit besonders hartnäckiger und vieltägiger O. 2 g auf einmal, wobei in einem Fall allerdings gar keine Wirkung sich zeigte, wogegen dieselbe in den anderen Fällen prompt und durchschnittlich nach 6 Stunden eintrat, bei Dosen von 0,5—1,5 g erst nach durchschnittlich 13 Stunden. Daraus folgt, dass man das Mittel in den ersten Abendstunden zu verabreichen hat, weil der Stuhlgang am nächsten Morgen erfolgt, und dass da, wo rasch Stuhl erzielt werden soll, grössere Dosen zu nehmen sind. Sonst kann man gelegentlich auch 24 Stunden warten, ehe die Wirkung sich zeigt. Darauf muss man die Pat. aufmerksam machen, und erst nach dieser Zeit eine zweite Dosis geben oder mit einem Wasser- oder Oeleinlauf nachhelfen. Die Stühle waren stets geformt, weich oder dickbreiig. Auf ihre rothbraune Farbe (die auch der Urin hat) muss Pat. vorbereitet sein, damit er nicht an Blut denkt. Der Preis des Mittels ist noch ziemlich hoch (1,5 g etwa 15 Pf.), doch kann man es ja als Schachtelpulver verordnen (1 abgestrichener Kaffee-  
löffel = 1,5 g). (Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 32.)

**Pleuritis.** **Agurin als Diureticum** wandte Dr. A. Nusch

(städt. Krankenhaus Fürth) an. Seine Beobachtungen erstrecken sich hauptsächlich auf P. exudativa, doch auch auf andere Affectionen. Die besten Erfolge sind zweifellos bei incompensirtem Herzfehler zu erzielen. Doch auch in einem Falle von Haematothorax übte Agurin eine günstige Wirkung aus, und auch bei P. waren die Erfolge



recht gute, zumal wenn man die Diurese durch Verabreichung von Brückenauer Wasser (täglich 1 Flasche) unterstützte. Da Agurin nur auf die gesunden Nierenepithelien einwirkt, bildet die parenchymatöse *Nephritis* eine Contraindication für Darreichung des Mittels; immerhin ist bisweilen bei chron. interstitieller Nephritis, wie ein Fall lehrte, mit Agurin noch eine wesentliche Steigerung der Diurese zu erreichen. Bekömmlichkeit des Agurins im Allgemeinen eine gute, nie trat Uebelkeit oder Erbrechen auf. Darreichung geschah in der Regel in Oblaten. In einem Falle wurden nacheinander 33 g verabreicht, ohne dass sich eine Nebenwirkung zeigte. Die Vermehrung der Harnausscheidung hält selbst nach Aussetzen der Medication noch einige Zeit an, 4—12 Tage. 3 g pro die sind genügend, aber auch nöthig zur prompten Wirkung. Dadurch, dass die Tagesgabe von Agurin nur etwa halb so gross ist, wie bei den sonst gebräuchlichen Theobrominderivaten, kommt der höhere Preis von Agurin kaum in Betracht. Jedenfalls besitzt Agurin dem Diuretin gegenüber solche Vorzüge, dass es verdient, letzterem vorgezogen zu werden. (Münchener med. Wochenschrift 1902 No. 51.)

**Pneumonie. Kreosotal gegen croupöse P.** hat Dr. B. Friede-

mann (Kaukehmen) in 14 Fällen, bei Kindern und Erwachsenen, angewendet und hat sehr befriedigende Resultate erzielt, wenn er es in grossen Dosen (bei Erwachsenen 6—8 g, bei Kindern von 8—14 Jahren die Hälfte, bei kleineren entsprechend weniger) in 24 Stunden ordinarie (stets in Emulsion). Sicherlich wirkt das Mittel baktericid und entwicklungshemmend auf die Erreger der P. Das beweist am besten das öfters beobachtete Wiederaufflammen der Krankheit bei frühzeitiger Aussetzung des Mittels. Andererseits aber muss es auch den Stoffwechselproducten der Pneumokokken, die doch jedenfalls die Ursache der schweren Allgemeinerscheinungen sind, direct entgegenwirken. Sonst könnte man sich den schnellen Abfall der Temperatur und die so rasche Besserung des Allgemeinzustandes kaum erklären; beides tritt gewöhnlich schon nach 12—24 Stunden ein.

(Die Therapie der Gegenwart 1903 No. 2.)

- Eine **bequeme subcutane Anwendungsweise des Chinins** macht Geh. S.-R. Dr. Aufrecht (Magdeburg) bekannt. Derselbe hat ja schon früher bei croupöser P. die subcutane Anwendung des Chin. hydrochloric. empfohlen, nicht im

Sinne eines die Temperatur herabsetzenden, sondern eines den Gesamtverlauf der Krankheit günstig beeinflussenden Medicamentes, die vielleicht die in das Blut übergegangenen Bakterienproducte in ihrer schädlichen Wirkung beeinträchtigt. Jedenfalls hat Autor mit dieser Behandlung sehr zufriedenstellende Resultate erzielt, die Mortalität seiner Pat. bedeutend herabgesetzt. Aber es hatte sich bei der bisherigen Anwendung des Chinins ein Uebelstand herausgestellt; um  $\frac{1}{2}$  g Chin. hydrochloric. subcutan zu injiciren, bedurfte es einer Lösungsmenge von 17 g Wasser! Nun fand Autor kürzlich die Notiz, dass Prof. Gaglio zum Zwecke der leichteren Löslichkeit des Chinins Urethan zusetzt. Auch er verordnete also nunmehr:

Rp. Chinin. hydrochloric. 0,5

Urethan. 0,25

Aq. dest. ad. 5,0

In dieser Lösung hält sich das Mittel wochenlang, und selbst wenn Chinin ausfällt, löst es sich sehr rasch durch Erwärmung. Autor hat diese Lösung bisher schon sehr häufig benützt. Sie hat bei P. und ebenso bei *Puerperalfieber* die besten Dienste geleistet. Die Dosis von  $\frac{1}{2}$  g hat Autor schon öfters 8 Tage nach einander, bisweilen auch zweimal täglich injicirt (Seitenteile des Abdomens!).

(Therap. Monatshefte, Februar 1903.)

### **Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett. Curette-**

**ment bei Abort oder nicht?** Zur Klärung dieser noch umstrittenen Frage erzählt S.-R. Dr. Michelet (Berlin) folgende Beobachtung: Am 30. IV. 01 wurde er Abends zu einer Frau gerufen, welche nach 2 schon früher vorangegangenen Aborten im 3. Monat der Gravidität war. Temp. 38,2°, keine Blutung, äusserer Muttermund für die Fingerkuppe durchgängig, innerer völlig geschlossen. Am nächsten Tage in Autors Abwesenheit Abort unter starkem Blutverlust. Autor fand den inneren Muttermund auch jetzt noch für den Finger undurchgängig und musste sich daher auf eine Ausspülung des Uterus mit Lysol unter Anwendung eines ganz dünnen Uteruskatheters beschränken. Temperaturabfall und Wohlbefinden, aber nach 3 Tagen erneute schwere Blutung. Da ein Eingehen in den Uterus unmöglich und trotz dauernder Scheidentamponade die Blutung nicht stand, Hinzuziehung eines Frauenarztes (Dr. Siefert). Erweiterung mit Schröder'schen Dilatatoren und Curettement, Entfernung einiger grösserer Placentar-

und Deciduafetzen. Aber nach 3 Tagen wieder copiose Blutung. Jetzt Erweiterung des Cervix mit Hegar'schen Hartgummi-Dilatatoren unter Narkose so lange, bis der Finger eindringen konnte. Noch derbe Abortreste, die so fest sassen, dass der Finger nichts ausrichtete. Einführung der Curette neben dem Finger, so Entfernung der letzten Reste. Trotz nachfolgender Uterusspülung Entwicklung eines kleinen parametrischen Exsudates, das aber bis zu Anfang Juli gut resorbiert wurde, sodass am 2. Juli der Uterus völlig frei beweglich. Bald darauf wieder Gravidität, am 16. VI. 1902 Entbindung von einem ausgetragenen gesunden Kinde. — Es hatte sich hier also um habituellen Abort gehandelt, den man nur auf chron. Endometritis zurückführen konnte. Das Curettement hatte doppelten Erfolg: Stillung der Blutung und Schaffung der Möglichkeit einer Regeneration der Schleimhaut bis zur Norm, sodass die nächste Schwangerschaft ungestört verlief und bei der Geburt nicht einmal Störungen der Nachgeburtsperiode statthatten. Allerdings ist der Verlauf auch eine gewisse Bestätigung der Ansicht Gessner's, der bekanntlich die Anwendung der Curette beim Abort verwirft, da sie unzuverlässig und gefährlich sei; denn in der That gelang es beim 1. Curettement nicht, alle Abortreste zu entfernen. Aber auch die Ausräumung mit dem Finger führte hier nicht zum Ziele, woraus folgt, dass man manchmal beides combiniren muss. Die Thatsache, dass bald darauf normale Schwangerschaft eintrat, spricht jedenfalls entschieden für die segensreiche Wirkung des Curettements, das also nicht unter allen Umständen aus der Behandlung des Aborts zu verbannen ist. Selbst die leichte Parametritis kann nicht ins Gewicht fallen, da sie so günstig und ohne üble Folgen verlief.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 1.)

- In einem Aufsätze: **Die Complication der Schwangerschaft mit Herzfehler** giebt Prof. Veit (Leiden) beherzigenswerthe Aufklärungen und Winke für die Praxis. Wir heben folgende Stellen wörtlich hervor: „Ich habe unter den verschiedensten Verhältnissen Herzkrankte während der Schwangerschaft und Geburt beobachtet und es immer wieder bestätigt gefunden, dass nicht die Art des Herzfehlers, sondern der Zustand des Herzmuskels von entscheidender Bedeutung ist; auch habe ich mehrfach durch die schnelle Entbindung eine etwa vorhandene Compensationsstörung rasch beseitigt.“ — „Soll ich Ihnen daher auf Grund solcher Erfahrungen für die Behandlung

während der Schwangerschaft praktische Rathschläge geben, so kommen sie darauf hinaus, dass man *wegen* eines compensirten Herzfehlers bei einer Schwangeren im Allgemeinen nur diätetische Massregeln empfehlen soll; mit noch grösserer Sorgfalt als sonst soll die Schwangere alle hygienischen Regeln der Schwangerschaft befolgen, aber ich kann Ihnen nicht den Rath geben, wegen eines compensirten Herzfehlers an sich die Schwangerschaft zu unterbrechen; so gross ist meines Erachtens die Gefahr für die Patientin nicht; die Bedrohung des Lebens erfolgt nicht ohne Vorboten, und wenn die Zeichen der Compensationsstörung ernst werden, dann hat man noch Zeit einzuschreiten. Daran kann für mich kein Zweifel bestehen, dass bei *andauernder* Compensationsstörung ohne Rücksicht auf das Kind die Unterbrechung der Schwangerschaft anzurathen ist.“ — „Man rath zur Operation, sobald man die Ueberzeugung gewinnt, dass die Pat. ohne Unterbrechung der Schwangerschaft sicher verloren ist; dann rettet man, da beim Tode der Mutter doch auch die intrauterine Frucht verloren ist, von den beiden bedrohten Leben wenigstens vielleicht das eine. Es ist dabei klar, dass man um so leichter sich zur Unterbrechung entschliessen wird, je weiter die Schwangerschaft vorgeschritten ist, aber im Princip rathe ich Ihnen, stets erst bei ernster Störung der Compensation oder bei Insufficienz des Herzmuskels daran zu denken. Die Frage ist nur, ob man schon bei den ersten Zeichen einer Compensationsstörung sofort die Schwangerschaft unterbrechen soll oder ob man erst medicamentöse Behandlung gepaart mit körperlicher Ruhe anwenden soll. Hier gehen die Ansichten theoretisch etwas auseinander, praktisch kommen sie auf das Gleiche hinaus. Findet man eine Schwangere infolge eines Herzfehlers bedroht, so kann man es erleben, dass, wenn man zur Vorbereitung der Frühgeburt 12—24 Stunden warten muss, inzwischen durch die nur als palliativ verordneten Cardiotonica der Zustand sich dauernd besserte, und man deshalb natürlich nunmehr mit der Frühgeburt wartet.“ — „Ebensowenig wie ich an sich des Herzfehlers halber die Schwangerschaft unterbreche, ebensowenig kann ich mich dazu entschliessen, herzkranken Frauen den Rath zu geben, anticonceptionelle Mittel anzuwenden.“ — „Für das noch leistungsfähige Herz sehe ich in der allmählich eintretenden Arbeitsvermehrung der Schwangerschaft nur einen Reiz, um sich auch weiteren Anforderungen gegenüber kräftig zu erweisen. Der Nachtheil der anticonceptionellen Mittel

für das Nervensystem ist bei weitem bedenklicher.“ — „Eine Reihe von Frauen mit einem compensirten Herzfehler vertragen die Schwangerschaft und die Geburt gut oder mit nur unbedeutenden Störungen; eine weitere Reihe zeigt deutlich Insufficienz des Herzmuskels während der Schwangerschaft, eine letzte Reihe hatte schon vor dem Eintritt der Schwangerschaft eine gestörte Compensation, die natürlich nunmehr nicht verschwindet. Therapeutisch ist aber die Erfahrung von grösster Bedeutung, dass man oft mit den gewöhnlichen Medicamenten für das Herz noch eine erhebliche Besserung erreicht, und dass man, wenn dieser Erfolg nicht eintritt, immer noch Zeit hat, den Uterus zu entleeren. Fassen Sie den Eintritt einer Schwangerschaft bei einer Herzkranken nicht an sich als eine Lebensbedrohung auf; seien Sie überzeugt, dass ein noch gesunder Herzmuskel die vermehrte Arbeit noch leisten kann; erst wenn sich zeigt, dass dies nicht möglich ist, scheint mir die Zeit zum Handeln gekommen. Ob man einem jungen Mädchen mit einem Herzfehler von der Ehe abrathen soll, ist schwer zu beantworten; glücklicherweise werden wir Geburtshelfer nur selten hierüber gefragt. Eine junge Dame, der wegen eines Herzfehlers der Rath gegeben wurde, nicht zu heirathen, folgte diesem Rath nicht; ich habe mich bei 2 Entbindungen überzeugen können, dass sie es nicht zu bereuen hatte . . . :“ Die Behandlung einer Herzkranken *während der Geburt* verlangt besondere Aufmerksamkeit; natürlich werden Sie es als Consequenz meiner Ansichten über die Behandlung während der Schwangerschaft begreifen, dass ich während der Eröffnungsperiode an sich nichts vorzunehmen rathe; kleine Dosen von Morphinum scheinen mir nicht unzweckmässig zu sein, um psychischer Aufregung vorzubeugen; in der Austreibungsperiode bin ich dagegen geneigt, das Kind bald zu extrahiren, um einer übermässigen Arbeit der Frau und einer nicht minder grossen Arbeit des Herzens, wie sie beim Mitpressen nöthig wird, vorzubeugen; die Extraction mit der Zange oder am Fuss ist bei völlig erweitertem Muttermund, nachdem die Austreibungswehen begonnen haben, dann meist so einfach, dass man ruhig prophylaktisch dazu schreiten kann. Ist das Kind geboren, so darf man mit der Expression der Placenta nicht überstürzt vorgehen; ist die Nachgeburt gelöst, und hat man sie dann herausgedrückt, so habe ich die Compression des Abdomen durch Auflegen eines Sandsackes oder schwerer Wäschestücke gern angerathen. Es ist dies vielleicht noch

ein Ueberbleibsel aus der Zeit, in der wir die schnelle Entleerung des Abdomens durch bedrohliche Druckschwankungen als Ursache von Störungen fürchteten, aber das Mittel ist so einfach und so ungefährlich, dass ich es ungern missen möchte. Gegenüber dieser Diätetik steht die eingreifendere Therapie, wenn während des Beginnes der Geburt das Herz Störungen der Compensation oder Zeichen der Insufficienz darbietet, die sich nicht beseitigen lassen und das Leben bedrohen. Hier ist die Wahl der Methode minder wichtig, als das Princip, dass man so schnell wie möglich entbinden muss, sobald man die Gefährdung des Lebens der Kreissenden erkennt.“ — Im *Wochenbett* sind Störungen natürlich möglich; für den Geburtshelfer von Wichtigkeit sind nur diejenigen, die im unmittelbaren Anschluss an die Geburt oder in den ersten Tagen danach sich zeigen. Sie sind sicher viel seltener, als man früher meinte; sie zeigen sich meist, wenn schon vor der Entbindung der Herzmuskel Zeichen der Degeneration vermuthen liess; extrem selten erfolgt der Tod plötzlich durch Herzlähmung. Besonders möchte ich Sie noch einmal darauf hinweisen, dass unabhängig von der Art des Klappenfehlers die Beendigung der Geburt eine Erleichterung der Symptome bewirken kann. Im Allgemeinen haben Sie jedenfalls, wenn die Geburt glücklich beendet ist, nicht mehr viel zu fürchten. Dass ausnahmsweise der Tod durch Herzfehler eintreten kann, wissen Sie.“ — „Im Allgemeinen sehen Sie daher, dass Sie den Eintritt einer Schwangerschaft bei einer Herzkranken nur als eine Complication auffassen müssen, die zur Vorsicht und zur genauen Beobachtung auffordert, dass Sie aber mit der Unterbrechung der Schwangerschaft und mit dem Accouchement forcé warten können, bis weitere ernste Symptome auftreten.“

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1908.)

- Eine **schwere Geburtsstörung durch Narbenstenose des Muttermundes infolge von Syphilis** beobachtete Dr. G. Woyer (Wien). Die 26 jähr. I para war seit 4 Tagen geb rend, trotz kräftiger Wehen war aber eine Erweiterung des Muttermundes nicht zustande gekommen. Die Wehen setzten vor 4 Tagen ein, Blasensprung erfolgte vor 28 Stunden, doch soll infolge hochgradiger Rigidität keine entsprechende Erweiterung des Muttermundes stattgefunden haben, der Befund an der Cervix vielmehr trotz warmer Bäder, heisser Spülungen etc. seit Wehenbeginn stationär geblieben sein. Es bestand bereits Temperatursteigerung,

21\*

Unruhe, Schwächegefühl, Abgang von missfarbigem Fruchtwasser, die kindlichen Herztöne wurden schlechter, sodass der Hausarzt dringend Beendigung der Geburt wünschte und Autor zuzog. Derselbe fand folgendes: Frucht in Kopflage, 2. Position. Herztöne 144. Kopf tief im Becken, demselben dicht anliegend der stark gespannte Cervixtheil. Muttermund, weit nach hinten stehend, nur mit Mühe zu erreichen, kaum für einen Finger offen; Muttermundssaum drahtartig gespannt, äusserst derb. Der Versuch einer digitalen Dehnung misslingt, es fühlt sich das Cervixgewebe in der Umgebung des Muttermundes wie narbig verändert an, und es sind deutlich wie strahlenartig ausgehende Leisten und Wülste, besonders in der Richtung nach vorne, zu tasten. Spiegeluntersuchung zeigt, dass das ganze Gewebe in der Umgebung des Muttermundes sich durch sein sehnig, weissglänzendes Aussehen deutlich von der umgebenden, normal gefärbten Portio abhebt. In demselben springen 2 besonders derb anzufühlende Leisten nach vorne zu deutlich vor, zwischen welchen eine  $1\frac{1}{2}$  cm breite, streifenartige Zone, wie Atlas glänzend, sich befindet. In Narkose Spaltung von Muttermund und Cervix nach vorn, hinten und beiden Seiten. Sofort Entwicklung der Frucht mit der Zange möglich. Das asphyktische Kind wurde rasch wieder belebt. Bei der Mutter war Episiotomie nöthig, ferner Naht einer Incision, die bis hoch hinauf ins untere Uterinsegment eingerissen war, die Uterus- und Scheidentamponade wurde ausgeführt u. s. w. Trotzdem normales Wochenbett. Ueber die Aetiologie der Narbenstenose klärte der nach einigen Tagen sich beim Kinde entwickelnde Pemphigus lueticus auf. Auch soll der Vater  $3\frac{1}{2}$  Jahr vor seiner Verheirathung einen harten Schanker gehabt und eine Schmierkur durchgemacht haben;  $\frac{1}{2}$  Jahr vor der Hochzeit litt er an Geschwüren im Halse und Munde. Die Frau erkrankte 5 Wochen nach der Eheschliessung an Ausfluss und Schmerzen, sie hatte ein Geschwür am Muttermunde. Der Fall bietet ein eminentes geburtshilfliches Interesse. Es wäre bei der Behandlung von Primärgeschwüren an der Portio darauf zu achten, ob es nicht möglich ist, solchen ausgedehnten Narbenbildungen rechtzeitig oder später durch plastische Operationen beizukommen.

(Wiener medic. Presse 1902 No. 52.)

**Stomatitis.** Validol hat H. Isaac (Berlin) als hervorragendes Heilmittel bei allen entzündlichen Erkrankungen des Mundes kennen gelernt; es ist geradezu als Panacee für gewisse

Formen der S. zu bezeichnen. Es ist bei den infolge von mercuriellen Intoxicationen auftretenden Mund- und Zahn-erkrankungen, namentlich aber bei Gingivitis, bei entzündlichen Auflagerungen an den Zungenrändern, sowie bei starker Salivation oft sehr wirksam. Im Allgemeinen genügen mehrmals täglich 5 Tropfen in einem Weinglas kalten Wassers (vorher immer tüchtig umgeschüttelt!) zur Spülung. Die Wirkung ist selbst in extremsten Fällen, wo die Pat. kaum imstande sind, den Mund zu öffnen, eine so eclatante, dass die Kranken immer wieder nach dem Mittel verlangen. (Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 5.)

**Struma.** Prof. Vossius berichtet über seine Beobachtungen von **Katarakt bei S.**, welche sich auf 11 Fälle erstrecken und vielfach jüngere Frauen um das 40. Lebensjahr betrafen, in einem Alter, in welchem sonst noch nicht eine spontane Katarakt sich zu entwickeln pflegt. Im Gegensatz zur diabetischen Katarakt handelte es sich vielfach um Kernstaar, wie man ihn auch sonst bei jüngeren Personen in schlechtem Ernährungszustande um das 40. Lebensjahr sich entwickeln sieht. Gerade diese Staarformen sind durch eine gewisse Härte ausgezeichnet und lassen sich leicht ohne Staarreste mit runder Pupille, doch ohne Iridektomie extrahieren. Andere Pat. nach dem 50. Lebensjahr hatten eine Katarakt mit dem Bilde des gewöhnlichen Greisenstaars. Autor hält eine Beziehung zwischen Katarakt und Str. für sehr wahrscheinlich; er nimmt eine Art Autointoxication durch Ausschaltung der Schilddrüsenhätigkeit resp. Veränderung ihrer physiologischen Function an und weist auf die Beziehungen der Tetanie zur Strumektomie einerseits, sowie auf den besonders von Peters hervorgehobenen Zusammenhang der Tetanie mit Katarakt hin. Peters nimmt eine Degeneration der Epithelien der Ciliarfortsätze, wie sie auch bei Diabetes beobachtet worden ist, als Ursache der Katarakt an; diese Degenerationsveränderungen könnten sich event. auch als Folge der Str. entwickeln.

(Medicin. Gesellschaft in Giessen, 15. VII. 02. —  
Deutsche med. Wochenschrift 1902 Nr. 37.)

**Syphilis.** Ueber die **Behandlung der S. mit Calomelinjectionen** lässt sich Prof. E. Lesser (Berlin) aus. Fournier stellte 1896 eine Reihe besonderer Indicationen für dieselben auf. Er fand, dass sie von einer besonders günstigen, manchmal geradezu von überraschender Wirksamkeit sind bei:



1. schweren phagaedenischem Schanker der Zunge, 2. maligner S. (mit frühzeitigem Auftreten schwerer ulceröser Erscheinungen), 3. tertiärer sklerotischer Glossitis, 4. schwerer Laryngitis, 5. hartnäckigen secundären Zungenaffectionen. Ganz besonders für die *gallopirende S.* und für die *tertiäre Glossitis*, die unter der Form der syphilitischen Schwielen auftritt, kann Lesser dies nach seinen Erfahrungen auf das Vollste bestätigen. Es ist geradezu erstaunlich, wie bei gallopirender S. die zahlreichen Geschwüre nach 2—3 Injectionen von je 0,1 Calomel meist völlig geheilt sind, was sich fast nie mit einer Schmier- oder Sublimatinjectionskur erreichen lässt. Ebenso bei der tertiären indurativen Glossitis. Diese Fälle sind noch beweisender, weil vielfach bereits Schmiekuren gemacht, Jodkali gegeben bei derartigen, unter Umständen Monate, selbst Jahre bestehenden Zungenaffectionen worden, und zwar ohne Erfolg, während nach einigen Calomelinjectionen die Infiltrate verschwinden! Es kommt dem Calomel hier also eine ganz besondere Wirksamkeit zu. Auch für schwere *Iritis* giebt es kein zuverlässigeres Mittel. Sollte man da nicht überhaupt bei allen schweren Syphilisercheinungen der inneren Organe und besonders bei den Erkrankungen des Centralnervensystems, wo es doch so sehr auf raschen und energischen Effect ankommt, zu den Calomelinjectionen greifen? Ein abschliessendes Urtheil über diese Frage ist zur Zeit noch nicht möglich; jedenfalls sehen wir bei frischen gummösen Erkrankungen des Gehirns so ausgezeichnete Erfolge von einer mit der Darreichung von Kal. jod. combinirten Schmiekur, dass für diese Fälle ein Grund, zu solchen Injectionen zu greifen, nicht vorliegt. In allen Fällen aber, bei denen die gewöhnliche Behandlung den Erfolg versagt, ist es gewiss berechtigt, schliesslich als ultima ratio die Calomelinjectionen anzuwenden. Autor nimmt als 1. Dosis 0,05, später je 0,1 g Calomel (in Ol. Olivar.), injicirt alle 8 Tage und macht hintereinander nur 4—5 Injectionen. Leider führen diese recht häufig zu unangenehmen Nebenerscheinungen, localen (oft erweichende Infiltrate) und allgemeinen Intoxicationen, die um so schlimmer sind, als bei Beginn solcher Erscheinungen schon beträchtliche Hg-Depots im Körper lagen, die man doch nicht mehr eliminiren kann. Man hat also grosse Vorsicht bei den Injectionen zu gebrauchen und sie nur da zu machen, wo sie wirklich nothwendig sind wegen eines schweren Symptoms, das auf anderem Wege nicht zu beseitigen ist. *Die Calomelinjectionen sind eben eine exceptionelle Methode*, die niemals

als landläufige Therapie der S. zu betrachten ist, sondern nur unter besonderen Umständen heranzuziehen ist.

(Die Therapie der Gegenwart, Januar 1908.)

- **Ueber Syphilisimmunität, besonders in Hinsicht auf das sogen. Profeta'sche Gesetz** ist ein Aufsatz von Prof. v. Düring betitelt, worin derselbe betont, dass das, was heute als Profeta'sches Gesetz gilt, nie von Profeta gesagt worden ist, ferner dass es vollständig haltlos ist, was dieses Gesetz behauptet: *eine vererbte Immunität gegen S. giebt es nicht, es giebt nicht einmal eine Abschwächung der Syphilisinfection bei Nachkommen Syphilitischer!* — Profeta hatte nur behauptet, dass ein gesundes (i. e. symptom-freies!) Kind, von einer syphilitischen Mutter geboren, von dieser oder von einer syphilitischen Amme gesäugt werden kann, ohne angesteckt zu werden; es ist gleichgiltig, ob die syphilitische Infection der Mutter vor der Schwangerschaft oder während derselben eingetreten ist. Das heutige sog. „Profeta'sche Gesetz“ sagt aber viel mehr; es behauptet eine auf die Nachkommenschaft übertragene mehr oder minder ausgesprochene Immunität gegen S., und das entspricht der Wahrheit nicht, wie die Erfahrungen in der Türkei und Kleinasien dem Autor gezeigt haben. Er hat dort in Dörfern, in denen fast die gesamte erwachsene Einwohnerschaft die unverkennbaren Spuren abgelaufener S. aufwies, „Schulendemieen“ von frischer S. unter den Kindern gesehen. Wenn z. B. in einem Dorfe von etwa 160 Einwohnern 110 zweifellos syphilitisch sind, d. h. Spuren bestehender oder abgelaufener S. zeigen, und hierunter fast keine Erwachsenen mit Frühsymptomen, sondern fast alle mit abgelaufenen oder noch bestehenden gummösen Erkrankungen, dafür aber 30 Kinder unter 12 Jahren und hierunter 25 Schulkinder von 7—12 Jahren mit früher S., so muss solche Massenbeobachtung der Gültigkeit jenes Gesetzes schon einen gewaltigen Stoss geben. Aber auch ein näheres Eingehen auf die Fälle ergab mit Sicherheit, dass zahlreiche Eltern mit S., die unzweifelhaft älter war, als die Kinder, frisch inficirte Kinder hatten. Autor hat mehrfach die ganzen Familien zusammengestellt, und zwar in allen Fällen, in denen die Kinder gleichzeitig nicht etwa „Stigmata“, sondern über jeden Zweifel erhabene Spuren abgelaufener Spät- (in diesem Falle also wohl Hereditär-) Syphilis und gleichzeitig frische contagiöse, auf neuerworbener S. beruhende Erkrankungen zeigten. Autor hat in seinen Listen über 100 Aufzeichnungen von Fällen,

in denen bei Kindern von Eltern, die vor der Ehe erworbene S. hatten, frische S. festzustellen war, — also Fehlen jeder Immunität! Aber auch, dass nicht einmal Abschwächung der Syphilisinfection bei den Nachkommen stattfand, auch dafür hat Autor vollgültige Beweise.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908 No. 1.)

- Im Anschluss an Klemperer's Mittheilung\*) über **Fieber und Schüttelfröste mit Leberschwellung** erinnert sich Prof. Ewald (Berlin) einer eigenen Beobachtung, die noch dadurch besonders interessant ist, dass hier die Autopsie der Leber in vivo vorgenommen wurde. Es handelte sich um einen 44jähr. Herrn, der in Amerika und Afrika gelebt hatte. Es wurde eine Jahre zurückliegende syphilitische Infection zugestanden, auch längere Erkrankung an Malaria, die aber auch schon einige Jahre zurück lag. Pat. war wegen hartnäckigen Fiebers, Leberschwellung und starkem Kräfteverfall nach Europa gekommen und suchte Autor im Herbst 1896 auf. Es bestand ein intermittirendes, mit Schüttelfrösten verbundenes Fieber, ganz unregelmässig, eiterfieberartig. Starke Nachtschweisse schwächten den Pat. sehr. Er war sehr abgemagert, appetitlos, elend. Objectiv: Schwellung der Leber, den Rippenbogen 2 Querfinger überragend. In der Gegend der Gallenblase eine höckrige, harte Hervorragung, die für die intumescirte Gallenblase imponirte; hier auch bei Druck ausgesprochene Empfindlichkeit. Uebrigen Organe, Ausscheidungen normal. Es lag am nächsten, an Leberabscess, verbunden mit Gallenblasenschwellung, zu denken. Da aber mehre vorn wie hinten ausgeführte Probepunctionen erfolglos waren — Chinin und andere Antipyretica wirkten absolut nicht — und da der einzig greifbare Anhaltspunkt jener Gallenblasentumor war, so nahm Autor eitrige Cholecystitis mit Gallensteinen an. Gegen maligne Neubildung sprach vor allem der lange Fieberzustand, gegen S. der Umstand, dass Pat. mehrere spezifische Kuren vor Jahren durchgemacht und seit der Zeit keine Zeichen von S. mehr gehabt hatte. Die von Prof. Sonnenburg ausgeführte Laparotomie ergab ein unerwartetes Resultat. Die Leber zeigte sich auf ihrer Oberfläche von fibrös schwieliger Entartung und dadurch in mehrere grosse Lappen abgeschnürt, deren einer, am vorderen Rande des rechten Lappens gelegen, den Eindruck der geschwellenen

\*) S. „Excerpta“ XII., S. 266.

und harten Gallenblase gemacht hatte. Also Hepar lobatum, offenbar auf syphilitischer Basis entstanden. Auch fanden sich Adhäsionen mit den Nachbarorganen. Nach Trennung derselben wurde die Bauchwunde genäht und eine anti-syphilitische Kur eingeleitet, sobald die Wände sich geschlossen. Der weitere Verlauf war zwar nicht so schnell und glatt, wie bei Klemperer, immerhin schwand das Fieber nach kurzer Zeit und die Leberschwellung nahm ab. Aber eine gewisse Empfindlichkeit in der Lebergegend, nervöse Erscheinungen, Beschwerden des Digestionstractus blieben zurück. Pat. ging nach der Schweiz, machte eine 2. Schmierkur, ging nach Wiesbaden, kam 1899 wieder soweit, dass er sich im Vollbesitz seiner Kräfte befand. — Zweifellos war auch hier das Fieber syphilitischer Natur gewesen, da es nach der spezifischen Behandlung schwand und nicht mehr wiederkehrte. Auch die Leberbesichtigung hatte ja die syphilitische Affection genügend aufgedeckt; und wenn man auch bei der flüchtigen, nur auf einen kleinen Theil der Leberoberfläche beschränkten Ocularinspection ein Gumma nicht wahrnahm, so war bei der ausgedehnten perihepatitischen Entzündung das gleichzeitige Bestehen von Gummata so gut wie sicher.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1903.)

### **Tuberculose.** Einige Bemerkungen zur **therapeutischen**

**Verwendung des Ichthyolsalicyls** macht Dr. Rohden (Lippspringe). Seine Erfahrungen erstrecken sich jetzt auf ca. 500 Lungenkranke. Ichthyolsalicyl ist ein Lösungs- und Aufsaugungsmittel von zuverlässiger Wirkung. Es wirkt keratolytisch, resorbirend, diuretisch. Es wird sehr rasch aufgenommen, ohne selbst bei fortdauernder Einverleibung Schaden zu bringen. Autor gab es manchem Pat.  $\frac{3}{4}$  Jahre lang und erlebte Heilerfolge, die in Anbetracht der vorgeschrittenen Zustände von T. früher nicht denkbar waren. Zuerst sehr vorsichtig in der Dosirung, giebt Autor jetzt grosse Dosen, gleich 6 Pillen pro die, sehr bald 9 Stück, und so oft monatelang (in schweren Fällen sogar monatelang 12 Stück am Tage). Wenn 2 Schachteln à 60 Stück verbraucht sind, macht Autor eine Pause von 8 Tagen und setzt dann die Kur fort. Die Pat. bekommen zunächst Appetit, frischen Lebensmuth, das Allgemeinbefinden wird gut, das Sputum ändert sich, und so geht es fort. Indicirt ist das Mittel bei Phthisis, Bronchialkatarrh, Emphysem, Asthma, Para- und Perimetritis, Morbus Brightii, Diabetes. Arthritis, chron. Rheumatismen.

Pat., die das Mittel nehmen, bekommen eine sammtweiche Haut, Aknepusteln, Ekzeme etc. werden deutlich beeinflusst. So kann das Mittel auch in der Dermatologie als Unterstützungsmittel sehr wohl Anwendung finden.

(Aerztl. Rundschau 11.02 No. 51.)

- Die **Behandlung der Blasentuberculose** leitet L. Casper (Berlin) nach folgenden Principien: die *allgemeine hygienisch-diaetetische Methode* ist mit der bei T. anderer Organe einzuschlagenden identisch. Recht günstige Resultate sah Autor von einem mehrjährigen Aufenthalt im *südlichen Klima* (Italien und Aegypten). Zwar ist in keinem der Fälle der Harn ganz frei von Eiter geworden, aber die subjectiven Beschwerden, der quälende Tenesmus und der Schmerz bei der Harnentleerung haben sich unter dem Einfluss des warmen Klimas sehr vermindert. Wer ein solches nicht aufsuchen kann, kann sich *Wärme* in jeder erreichbaren Form zuwenden, durch Bäder oder Umschläge Tenesmus, Schmerz, Blasenkrämpfe, wie überhaupt Exacerbationen des Processes zu bekämpfen suchen. Am besten sind *heisse Sitzbäder*. Die Pat. setzen sich in die Wanne bei 35° C. hinein, und nun wird nach und nach heisses Wasser so lange zugegossen, als es die Pat. aushalten. Nachts lässt man einen Thermophor auf die Blase legen und durch Binden befestigen. Von *inneren Mitteln* kommen 3 Arten in Betracht: *roborirende, kalmirende und antituberculöse*. Als *Roborantien* sind zu nennen: Eisen, Chinin, Arsen u. s. w. Von den *kalmirenden* Mitteln ist das zuverlässigste immer noch *Morphium*, welches hier nicht nur als schmerzstillendes Mittel, sondern geradezu als Heilmittel zu betrachten ist. Eine überempfindliche, im Zustande grösster Reizbarkeit befindliche Blase muss thunlichst ruhig gestellt werden, denn die unaufhörlichen Contractionen steigern die Entzündung. Am wirksamsten sind subcutane Injectionen von 0,01—0,03. Nächstdem stehen die Suppositorien, deren Dosis nicht unter 0,015 betragen soll. In geeigneten Fällen mag man das Morphinum durch *Heroin* (Hälfte der Dosis) ersetzen. Nächstdem kommt *Belladonna* in Betracht, die sehr die Empfindlichkeit der Blase herabsetzt, während Opium nicht sehr prompt wirkt. Sehr zweckmässig ist eine Verbindung von Heroin 0,005 bis 0,01 mit Pyramidon 0,3 oder Antipyrin 0,5—1,0, die man in 5–8 g Wasser gelöst mit einer kleinen Glycerinklysterspritze in den After spritzt. Von den *Antituberculosis* ist nicht viel Gutes zu sagen. Die Mittel, die bei

anderen Cystitiden gute Dienste leisten (Urotropin, Salol, Kampher- und Salicylsäure), lassen hier ganz im Stich, ebenso die Mineralwässer. Direct schädlich sind Balsamica. Rationell sind allein *Kreosotal*, *Guajacolcarbonat* und *Ichthyol*, die Autor so lange und so viel nehmen lässt, wie vertragen wird. Bei der *lokalen* Behandlung hat als oberster Grundsatz zu gelten, dass wir die Blase nie durch Spülungen ausdehnen dürfen. Es darf nur soviel in die Blase, dass Pat. noch nicht das Gefühl des Vollseins hat. Autor wendet gewöhnlich 5—10 ccm an, nie über 50. Wirklichen Erfolg sah er nur von *Milchsäure* und *Sublimat*, während Arg. nitr. geradezu die Beschwerden steigert. Milchsäure ist aber sehr schmerzhaft, weshalb Autor jetzt nur Sublimat applicirt. Anfangs gebraucht er es in Form von Instillationen in Lösungen von 1 : 10000 bis 1 : 1000, mit der fortschreitenden Besserung steigt er mit der Quantität der in ihrer Concentration schwächer werdenden Flüssigkeit, sodass schliesslich 50 ccm einer Lösung von 1 : 10000 bis 1 : 5000 eingespritzt werden. Die Pat. sollen die Flüssigkeit so lange in der Blase halten, als sie es ohne grossen Schmerz vermögen. Die Instillationen und Einfüllungen dürfen nur 1mal, höchstens 2mal wöchentlich stattfinden. Auf jede Application folgt ein schmerzhaftes Reactionsstadium, das am 1. und event. 2. Tage durch Morphium zu lindern ist. Intoxicationen sah Autor nie. Ob der Fall für die Sublimattherapie geeignet ist, stellt sich meist sehr bald heraus: wenn es überhaupt wirkt, so thut es das fast mit Sicherheit schon bei der 1. Einträufelung. Sieht man nach 3—4 Applicationen keinen Erfolg, so sieht man am besten davon ab. Bei heruntergekommenen Pat. muss man zunächst das Allgemeinbefinden heben, ehe man zur Localbehandlung greift. Unter Umständen macht man Pausen von 2—4 Wochen zwischen jeder Application. Alle anderen localen Eingriffe sind zu verwerfen. Auch ein operativer Eingriff ist nur dann zweckmässig, wenn vorher sicher nachgewiesen ist, dass sich der Process auf umschriebene Parthieen beschränkt.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1903 Nr. 7.)

- Ueber einen **Fall von anatomisch nachgewiesener Spontanheilung der tuberculösen Peritonitis** berichtet Dr. O. Borchgrevink (Reichshospital Christiania). Das 16jähr. Mädchen litt an Ascites, der punctirt wurde. Thierversuche mit der Punctionsflüssigkeit ergaben klar, dass es sich um T. handelte. In den nächsten Jahren verschwand der

Ascites von selbst, Pat. wurde ganz wohl und arbeitsfähig. Nach 4 Jahren starb sie an einem anderen Leiden, und es fand die Section statt. In der Bauchhöhle fand sich das typische Bild einer chron. Peritonitis vor; Tuberkel, käsige oder verkalkte Ablagerungen weder auf dem Bauchfell, noch im Netz, ebensowenig in den verdickten Kapseln der Leber und Milz (auch mikroskopische Untersuchung negativ), die einzigen Zeichen der früheren T. erschienen als bindegewebige Verwachsungen und Verdickung des Bauchfells. Bedeutendes Interesse gewinnt dieser Fall dadurch, dass sein Sectionsbefund mehr oder weniger genau mit den Beobachtungen zusammenfällt, die als Beweis für die Existenz einer chron. idiopathischen Peritonitis referirt worden sind (Hench, Vierordt u. A.), Beobachtungen, bei denen die Untersuchung auf T. zum Theil fehlt, zum Theil als mangelhaft bezeichnet werden muss. Aus dem obigen Befunde geht hervor, dass der Umstand, dass die Adhäsionen und das schwierig verdickte Gewebe bei der Section eines Falles von chron. Peritonitis tuberkelfrei sind, als Beweis der idiopathischen Natur der Peritonitis durchaus nicht angeführt werden darf. Obiger Fall lehrt vielmehr, dass die Tuberkel, welche die Pseudomembranen und Adhäsionen einst erzeugten, auf den serösen Häuten total verschwinden können. Grösseres Interesse bietet aber noch die anatomisch nachgewiesene Spontanheilung der tuberculösen Peritonitis und der Beweis, der dadurch nochmals dafür erbracht wird, dass die Heilung sich recht wohl vollziehen kann ohne operative Eingriffe.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 3.)

— Ueber **Tuberculose-Infection** giebt Dr. R. Oeler (Frankfurt a. M.) seine Ansichten kund und betont vor allem, es habe sich in ihm auf Grund seines reichen Beobachtungsmaterials die Ueberzeugung gefestigt, dass das Zusammenleben mit Schwindsüchtigen für Erwachsene, besonders aber für Kinder eine schwere Gefahr bedeute, und dass namentlich die schleichend verlaufenden Tuberculosen älterer Leute, leichte, ambulante Fälle, es sind, welche die Infectionsquelle für die Kinder abgeben.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1903 No. 5.)

**Ulcus curis.** Als fast souveränes Mittel bezeichnet Dr. Jaerisch (Gross-Strehlitz) **Calcar. hypochloros.**, und zwar folgende Lösung:

Rp. Calcar. hypochloros. 2,5

Aq. dest. 500,0

2 mal täglich Umschläge damit (darüber undurchlässigen Stoff), reinigen schon nach wenigen Tagen den Geschwürsgrund, es treten prachtvoll Granulationen auf. Unter dieser Behandlung, oft combinirt mit Camphersalbe (0,4:50,0 Ung. Paraff.) sah Autor in 14 Tagen Ulcera heilen, die jahrelang jeglicher Therapie getrotzt. — Kalk leistete auch vortreffliche Dienste als secretionsbeschränkendes Mittel bei Schleimhautkatarrhen, besonders bei *Fluor*, der sich nach Erkältung als Ausdruck einer Endometritis einstellte. Hier liess Autor (neben localer Behandlung) innerlich *Aq. Calcis* (mit 1 Tropfen Ol. Menthae) 3 mal täglich 1 Esslöffel nehmen, mit manchmal verblüffendem Erfolge.

(Medico 1902 No. 42.)

### **Varicen. Eine neue Art der Digitalisanwendung bei V.**

hat Dr. Brase (Eilenburg) erfolgreich benutzt. Es lässt sich ja in den meisten Fällen von Phlebektasieen, die auf Herzschwäche beruhen, durch planmässige interne Ordination von Digitalis selbst da, wo kein eigentlicher Herzfehler vorliegt, recht günstige Wirkung erzielen. Nun hat Autor Digitalis *cutan resp. subcutan injicirt*, und zwar injicirte er ein Infus. fol. Digital. 0,1—0,2:2,0 in der unmittelbaren Nähe der erweiterten Venen (nicht in diese selbst!) an den Rändern derselben abwechselnd *cutan* und *subcutan* so lange, bis die 2 Pravaz'schen Spritzen verbraucht waren, was meist nicht sehr schmerzhaft war. Erforderlichenfalls wiederholt man dies noch einige Male mit mehrtägigen Intervallen. Die Resultate waren recht ermunternd, doch muss die Erfahrung noch grösser werden, um ein sicheres Urtheil abgeben zu können.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1902 No. 102.)

## Vermischtes.

- **Physiologische Kochsalzlösung** ist nach Dr. Fr. Engelmann (Neues Allgem. Krankenhaus Hamburg-Eppendorf) einzig und allein die 0,9%ige NaCl-Lösung; sie allein ist die mit dem menschlichen Blutserum isotonische und die



für den menschlichen Organismus am meisten indifferente Salzlösung und sollte daher überall da angewendet werden, wo man physiolog. Kochsalzlösung benutzt.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 4.)

- Ein **neues Plessimeter** hat Prof. Dr. A. Buchwald construiert. Es ist sehr standhaft, unzerbrechlich und bietet manchen Vortheil vor den üblichen. Es ist keilförmig, etwa 5 cm lang, massiv, oben 2 cm, unten 1 cm breit, die Flächen beiderseits abgerundet, Seitenflächen ebenfalls 2 cm breit, die Flächen zum Anfassen besitzen 2 halbkugelförmige Vorsprünge, die von Riefungen umgeben sind. Mit diesem Plessimeter kann man schmalere, breitere, lineäre, punktförmige Percussion ausführen. Das Medicin. Waarenhaus fertigt diese Plessimeter vorzüglich an aus Buchsbaumholz, Hartgummi, Celluloid, Elfenbein. Der Preis stellt sich je nach dem Material verschieden: erstere kosten 1 Mk., letztere 3,50 Mk., die aus Hartgummi 1,50 Mk. Das beste Material ist wohl Buchsbaumholz, dann kommt Hartgummi und Elfenbein. — Im Anschluss daran erinnert Prof. C. A. Ewald daran, dass er schon seit langem auf ein sehr einfaches und praktisches Plessimeter hinweist: ein gewöhnliches, nicht zu dünnes Stück Radingummi! Es hat den Vortheil, dass der Schall durch das Anschlagen gleichen Materials (Gummi auf Gummi des Percussionshammers) erzeugt wird, dass es sich der Unebenheit der Körperoberfläche am besten anschmiegt, dass man es auf die hohe Kante stellen und zur linearen Percussion verwenden kann, dass es jederzeit erhältlich und billig ist.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 4.)

- **Mercuriol** hat Dr. H. Dreesmann (Köln, St. Vincenz-Krankenhaus) vielfach angewandt. Mercuriol ist eine in Wasser leicht lösliche, chemische Verbindung von Nucleinsäure und Quecksilber (10%), ein bräunliches Pulver darstellend. Bei *Ulcus cruris* wurden Umschläge mit 2%iger Lösung gemacht, und nach Reinigung der Geschwüre, Verbände mit 2—10%iger Salbe. Dabei stets schnelle Heilung. Diese trat aber ebenso prompt ein, als die Umschläge fortgelassen und von vornherein 2%ige Salbe applicirt wurde, sodass man sich also die Sache einfacher und billiger machen kann. Unter der Behandlung liessen auch die Schmerzen auffallend schnell nach, und zeigten sich nie Reizerscheinungen. In Pulverform wurde Mercuriol verwendet, wo man Aetzwirkung erstrebte: bei *tuberculösen*

*und stark granulirenden Geschwüren.* Es bewährte sich hier ebenso wie bei *Ulcus molle*, wo schnelle Reinigung erzielt wurde. Bei *Gonorrhoe* wurde 2<sup>0</sup>/<sub>10</sub>ige Lösung injicirt und günstige Resultate erreicht. In einzelnen Fällen von *Cystitis* bei Prostatahypertrophie wurden Injectionen von 1<sup>0</sup>/<sub>10</sub>iger Lösung mit gutem Erfolge gemacht. Bei 11 vereiterten *Bubonen* wurde zuerst nach Lang punctirt und nach Entleerung des Eiters 1—5 ccm 2<sup>0</sup>/<sub>10</sub>iger Lösung injicirt (2—3mal in der Woche); meist Heilung in 2—3 Wochen. In 3 Fällen von *Empyem der Kieferhöhle* machte Autor Injectionen von 2<sup>0</sup>/<sub>10</sub>iger Lösung, 2mal mit vorzüglichem Erfolge, im 3. Falle (altes chron. Empyem) ohne Erfolg. Sehr befriedigend waren die Erfolge bei *Lues* bei innerer Verabreichung des Mercuriols (2mal tägl. 0,05); meist lag das secundäre Stadium vor, doch wurde 1mal auch das Zurückgehen von Gummata im Hoden beobachtet. (Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 5.)

- Einen **Fall von Lymphextravasat nach subcutaner Contusion** beschreibt Dr. C. Schindler (Berlin). Lymphextravasate sind Ansammlungen von Lymphserum zwischen Haut und oberflächlicher Fascie infolge Zerreißung der Lymphgefäße im subcutanen Fettgewebe. Die Entstehungsursache ist eine typische: Durch einen mehr oder weniger tangential wirkenden Druck auf die Haut wird letztere von der oberflächlichen Fascie abgehoben und durch ihre Abrollung an einem festen Gegenstande (Schienengeleise) die Zerreißung der feinen Lymphgefäße bewirkt. Der Druck ist so oberflächlich, dass eine tiefere Quetschung der Gewebe nicht erfolgt und keine Blutungen in Haut oder Muskeln entstehen. Erst nach einiger Zeit, wenn sich genügend Lymphserum aus den zerrissenen Gefäßen angesammelt hat, entsteht eine kleine weiche Geschwulst, die allmählich wächst, bis oft grosse Ausdehnung erreicht ist, indem Lymphe weder gerinnt, noch resorbirt wird. Die Haut bleibt schlaff, die Fluctuation ist eine grosswellige, schwappende, als ob man auf eine mit Flüssigkeit gefüllte Schweinsblase schlägt. Punction ergiebt klare Lymphe. Das Extravasat recidivirt auch mehrfach, bevor es gelingt, durch eine künstlich erzeugte adhaesive Entzündung die Lymphgefäße zum Verschluss zu bringen. Der vom Autor beobachtete Fall war nun folgender: Ein Arbeiter wollte eine sich vorwärts bewegende Lowry mit einer stehenden verkuppeln, als er plötzlich hinstürzte, sodass er mit dem Rücken quer über den Schienen lag. Die rollende Lowry

schob mit dem einen Rade den Körper, ihn an der rechten Hüfte treffend, vorwärts, wobei der Körper sich drehte und die linke Hüfte über die Schienen rollte. An der rechten Hüfte bestanden Hautabschürfungen und stärkere Quetschungen der Gewebe, an der linken Hüfte war nichts zu bemerken. Nachdem die Quetschung der rechten Hüfte geheilt war, trat am linken Oberschenkel im obersten Drittel eine weiche Geschwulst auf, die sich zunehmend vergrößerte, und deren Punction seröse Flüssigkeit, Lymphserum ohne Beimengung von Blut ergab. Trotz 3maliger Punction nahm die Geschwulst mehr und mehr zu und erreichte eine Ausdehnung von  $1\frac{1}{2}$  Handtellerbreite unterhalb des Ligam. Poupartii sin. Pat. suchte ein anderes Krankenhaus auf, von dem folgender Bericht einging: Am 29. III. 02 wurde die schwappend fluctuirende Geschwulst mit mittelstarkem Troikart punctirt und 100 ccm Flüssigkeit entleert. Ausspülung mit 2%iger Carbollösung und nachfolgender Kochsalzlösung, dann Compressionsverband. Am 5. IV. Haut fest, keine Schwellung mehr, keine Fluctuation. 15. IV. geheilt entlassen. Nach einigen Wochen aber Recidiv. Jetzt Incision in der ganzen Länge der Geschwulst, worauf durch Carbolspülung, Tamponade und Druckverband die Wunde zur Heilung gebracht wurde. Seitdem kein Recidiv mehr.

(Deutsche medicin. Wochenschrift 1903 No. 6.)

- **Berichtigung:** In No. 6 (S. 258) wurde der Name einer Firma falsch angegeben. Letztere heisst: M. Hellwig, Berlin NO. 43.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

N<sup>o</sup> 8.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**

aus der gesamten Fachlitteratur

**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

---

**Mai**

**XII. Jahrgang**

**1903.**

---

**D**ie früher erschienenen elf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

**Einbanddecken** zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

---

**Adipositas.** Einen **Fall von A. dolorosa** aus der I. medic.

Klinik stellte Dr. K. Rudinger vor. Die 50jähr. Frau bemerkte im Anschluss an den vor 2 Jahren eingetretenen Wechsel einen rapiden und beträchtlichen Fettansatz am Stamm und an den Extremitäten. Anfangs 1902 Abmagerung und Icterus, seither wieder rasche Fettablagerung. Seit 1897 neuralgische Schmerzen in Paroxysmen mit Localisation in den Fettablagerungsstätten und im Hinterhaupt; gleichzeitig Haarschwund bis zur Kahlköpfigkeit; bald darauf Regeneration des Haupthaars. Seit 1 Jahr bedeutende Schmerzhaftigkeit des Fettes auf Druck; seit 8 Monaten anfallsweise profuse Schweissproduction, vom Hinterhaupt ausgehend und über den ganzen Körper sich ausbreitend. Im Verlaufe des Processes Auftreten von neurasthenischen Beschwerden leichten Grades; keine Hirndrucksymptome. Potus und Lues negirt. Pat. zeigt starke Fettablagerung

am Stamm und an den Wurzeln der Extremitäten; Gesicht, Hals, Hände frei. Bei leichtem Druck auf das Fett allenthalben lebhaft Schmerzreaction. Autor sieht den Fall als *A. dolorosa* an. — Discussion: Dr. Arthur Weiss weist darauf hin, dass man darauf Rücksicht nehmen müsse, dass das Vorkommen neuralgiformer Schmerzen den Anschein erwecken könnte, dass es sich um eine Combination von *A.* mit Neuralgien handeln würde. In vielen der publicirten Fälle fanden sich aber absolut keine neuralgiformen Schmerzen, während die Fettmassen eine exquisite Schmerzhaftigkeit zeigten. Es ist in diesen Fällen der Umstand hervorzuheben, dass die Schmerzhaftigkeit der Fettmassen nicht auf das Verbreitungsgebiet eines bestimmten Nerven beschränkt ist, und dass im Bereiche der Fettmassen nicht nur die Nervenstämme, sondern auch ihre Umgebung schmerzhaft sind. Prof. Mannaberg hat mehrere Fälle von gewöhnlichen Hautlipomen beobachtet, bei welchen eine oder einige schmerzhaft waren. Dr. A. Weiss kennt auch mehrere Fälle aus der Litteratur, wo bei multipler Lipombildung einer oder mehrere Tumoren hochgradige Druckempfindlichkeit oder spontane, oft in Paroxysmen auftretende Schmerzhaftigkeit zeigten. Diese Fälle könnten der universellen *A. dolorosa* gleichgestellt werden, umso mehr, als in einzelnen Fällen neben diffusen schmerzhaften Fettablagerungen, gleichzeitig auch derartige schmerzhaft Lipome vorkommen. Prof. Nothnagel hat mehrere Fälle gesehen, wo auch sehr kleine Hautlipome ausserordentlich schmerzhaft waren. Bei einer Pat. wurde eines der erbsengrossen, an den Vorderarmen sitzenden, exquisit schmerzhaften Geschwülstchen extirpirt; die Untersuchung zeigte, dass es ein reines Lipom war. Dr. Alfred Fuchs erinnert mit Rücksicht auf die Aetiologie einer so plötzlich sich entwickelnden *A.* an einen früher demonstrirten Fall, in dem sich die Lipomatosis im Anschluss an die Entwicklung eines Tumors der Hypophysis eingestellt hat. Dr. Rudinger entgegnet, dass an einen solchen Tumor hier mangels jedes Zeichens von Hirndruck, einer bitemporalen Hemianopsie bei dem seit 2 Jahren so prägnanten Hervortreten der *A.* und der Schmerzen, und beim Fehlen von Symptomen der Akromegalie gar nicht zu denken ist.

(Gesellschaft f. innere Medicin in Wien, 4. XII. 1902.  
Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 4.)

— Ueber ***A. dolorosa* und schmerzende symmetrische Lipome**  
lässt sich Dr. P. Thimm (Leipzig) aus. Abgesehen von

der universellen A. findet man im subcutanen Gewebe zweierlei locale, gleichfalls mit Volumzunahme einhergehende Krankheitsprocesse des Fettgewebes etablirt: die diffusen und die *circumscripten* Lipome. Die diffusen Lipome sind ziemlich selten, sind meist am Halse etablirt („Fetthals“) und bestehen in einer Einlagerung diffuser Fettmassen in das subcutane Gewebe, welche mit der Haut fest verbunden sind und oft tief in die Interstitien der darunterliegenden Organe und Muskeln eindringen. Das Leiden steht in keiner Weise mit allgemeiner A. in Zusammenhang, kommt sogar vielfach bei schlecht genährten Individuen vor. Vor Kurzem wurde zum 1. Mal in Deutschland von Strübing auf eine besondere Art diffuser Lipome aufmerksam gemacht, auf die A. dolorosa, die im Auslande schon unter den Namen „Oedème hystérique“, „Oedème bleu“, „Oedème blanc“ bekannt war. Das Krankheitsbild besteht in einer starken, sich wie fester Speck anfühlenden Fettablagerung der Haut und des subcutanen Gewebes, welche bisweilen ausserordentlich schmerzhaft ist und deshalb oft mit Rheumatismus verwechselt wird. Bei Infiltrationen geringeren Grades äussern sich die Schmerzen nur auf Druck oder Zug, bei stärkeren auch spontan. Selten ist der ganze Körper von dem Leiden ergriffen, meist nur die Extremitäten, besonders die unteren, und zwar gewöhnlich die symmetrischen Körpertheile. Fast stets allgemeine A. ausgesprochen. Das Leiden kommt am häufigsten bei alten Frauen im Climacterium vor, aber auch bei jüngeren, ja selbst bei Männern bisweilen. In der Mehrzahl der Fälle bestanden gleichzeitig Hysterie oder Neuralgien, Kopfschmerzen, Anaemie etc. Die äussere Körperdecke ist über den Tumormassen häufig bläulich verfärbt. Wie nun die A. dolorosa infolge der ihr eigenen Schmerzhaftigkeit eine Sonderstellung unter den *diffusen* Lipomen einnimmt, so giebt es auch unter den *circumscripten* solche, welche sich durch mehr oder weniger ausgesprochene Empfindlichkeit auszeichnen. Eine weitere Eigenthümlichkeit dieser schmerzhaften Lipome ist die Multiplicität und Symmetrie ihres Auftretens; doch sind nicht etwa alle symmetrischen, multiplen Lipome von Schmerzen begleitet. Im Gegentheil scheint die Mehrzahl der Fälle symptomlos zu verlaufen, und nur ein kleinerer Theil hat neben der eigenthümlichen symmetrischen Localisation noch das besondere Attribut der Schmerzhaftigkeit aufzuweisen. Bisweilen ist die Zahl der Tumoren eine colossale (viele hunderte). Die Pat. werden häufig schwach und magern ab, klagen über Steifig-

keit und Einschlafen der befallenen Gliedmaassen. Mikroskopisch fand man nie etwas anderes, als die auch bei solitären Lipomen gewöhnliche Grössenzunahme der einzelnen Fettzellen. Wegen der so oft symmetrischen Anordnung und der grossen Schmerzhaftigkeit der Geschwulst suchte man allgemein die Genese der Erkrankung im Nervensystem. Vor Kurzem beobachtete nun Autor einen bemerkenswerthen Fall von multiplen, symmetrischen, schmerzhaften Lipomen. Besonders bemerkenswerth war die auffallend bläuliche Verfärbung der die Tumoren überziehenden äusseren Körperdecke, die sonst merkwürdigerweise fast nie beschrieben ist, aber bei der Mehrzahl der Fälle von *A. dolorosa* als constantes Symptom gilt (andere berichteten allerdings von auffallender Blässe, daher „Oedème blanc“). Diese blau-rothe Verfärbung kann nur als der Ausdruck einer vermehrten Blutstauung in den Gefässbezirken der Tumoren, ihrer unmittelbaren Nachbarschaft und der sie bedeckenden Haut aufgefasst werden. Ihr schreibt Autor neben der grossen Spannung der Kapsel die Schmerzhaftigkeit der Tumoren zu. Dafür spricht das anfallsweise Auftreten der Schmerzen, es spricht ferner in des Autors Fall dafür auch der Umstand, dass die kleineren Geschwülste, bei denen die bläuliche Färbung nicht zu constatiren war, keine Schmerzen verursachten. Dergleichen pflegen die grossen, schmerzlosen solitären Lipome, auch bei noch so grosser Ausdehnung, die Beschaffenheit der sie deckenden Haut in keiner Weise zu alteriren. Aus diesem Grunde erscheint es wohl nicht angebracht, gerade um der Schmerzhaftigkeit willen nach pathologischen Veränderungen der peripheren Nervenäste zu fahnden; wird doch niemand den Unterschied in der Empfindlichkeit luetisch oder venerisch inficirter Leistendrüsen in besonderen Erkrankungen der benachbarten Nervenfasern suchen! Allerdings könnte man einwenden, dass die meist viel grösseren solitären Lipome viel eher Stauungs- und Spannungsveränderung und also Schmerzen auslösen könnten. Allein in Autors Fall wenigstens war die Sachlage dadurch eine andere, dass die Lipome ein recht schnelles Wachsthum zeigten, und auch in anderen Fällen scheint Empfindlichkeit gerade während der Entwicklung und der Evolution neuer Tumoren eine besonders grosse gewesen zu sein. Demnach möchte Autor nicht etwa einzig und allein in dem Wachsthum der Geschwülste den Grund für ihre Schmerzhaftigkeit und die vermehrte Stauung der benachbarten Blutgefässbezirke suchen; vielmehr bleibt, auch schon wegen der Symmetrie und Multiplicität ihres Auftretens, nichts

übrig, als eventuell aetiologische Factoren nervösen Ursprungs anzunehmen, wofür auch die sonstigen, fast stets beobachteten, nervösen Störungen sprechen. Nur wird damit die auffallende Thatsache nicht erklärt, dass die Mehrzahl der gleichfalls symmetrischen, diffusen und circumscripiten Lipome, für deren Genese man wegen ihrer Multiplicität und Symmetrie gleichfalls centrale, nervöse Ursachen annehmen zu müssen glaubt, gänzlich symptomlos verläuft, während nur die verhältnissmässig wenigen Fälle von A. dolorosa und schmerzhaften, symmetrischen Lipomen das so hervorragende Symptom der Empfindlichkeit aufweisen. Zur Erklärung dieses Unterschiedes möchte Autor eben die Blaufärbung heranziehen, die als Ausdruck der gesteigerten Blutstauung besagen kann, dass gewisse locale Verhältnisse bestehen mögen, welche bei einem an und für sich gleichen Process je nach ihrem rein zufälligen Vorhandensein oder Fehlen das Symptom der Schmerzhaftigkeit entstehen lassen können oder nicht. Man braucht darum noch nicht die Blutstauung als rein mechanischen localen Effect aufzufassen, sondern vielleicht eher als Folge irgend einer Störung der Gefässinnervation, bedingt durch nachbarliche Beziehungen zwischen den Tumoren und den sonst normalen sensiblen oder trophischen Nerven der Umgebung, durch deren Reizung die Spannungsverhältnisse der Gewebe und Gefässe geändert werden, welche Aenderung nun vice versa wieder zu stärkeren Reizen Anlass giebt. Für dies locale Abhängigkeitsverhältniss der Schmerzen von den Tumoren spricht wohl vor allem der günstige Erfolg der Exstirpation, da in jedem Falle sofort nach Beseitigung des Tumors die locale Empfindlichkeit aufhört. Wäre die Ursache für die örtlichen Schmerzen nur centralen Ursprungs, dann brauchten auch nach Elimination des Tumors die Schmerzen nicht so prompt zu cessiren. Einen indirecten Beweis für des Autors Auffassung bietet die Thatsache, dass gerade bei schmerzlosen diffusen wie circumscripiten Lipomen die Operation sehr oft schlechte Resultate gezeitigt hat, insofern als sehr häufig Recidive verzeichnet worden sind, eben weil die ursprüngliche genetische Ursache weiter fortwirkte. In demselben Sinne sprechen die schlechten Resultate der Operation bei schmerzhaften Lipomen mit Rücksicht auf das Weiterbestehen der sonstigen nervösen Begleitsymptome. Facit: *In den schmerzlosen diffusen und multiplen circumscripiten Lipomen liegt derselbe pathologische Grundprocess und dieselbe genetische Ursache vor, wie in der A. dolorosa und in den schmerzhaften Lipomen, das den beiden letzteren allein zukommende Symptom der Schmerz-*



*haftigkeit ist lediglich in localen Verhältnissen zu suchen.* Wie ist nun das Verhältniss zwischen A. dolorosa und den schmerzhaften, symmetrischen Lipomen? Autor ist zur Ueberzeugung gelangt, dass die beiden Leiden nicht scharf von einander getrennt werden können, wenigstens nicht mehr, als es der rein anatomische Charakter der Geschwülste mit der Unterscheidung von diffusen und circumscripten Lipomen gebietet. Anamnese, wie concomitirende subjective Klagen und objective Befunde sind bei den Affectionen fast stets genau dieselben, desgleichen der mikroskopische Befund. Ferner kommen zweifellos beide Affectionen nebeneinander bei demselben Individuum vor und auch bei des Autors Fall, der erst am Anfang der Entwicklung steht, glaubt Autor, dass es zu einer solchen Combination noch kommen wird. Neben den grösseren schmerzhaften Tumoren bestehen hier eine ganze Anzahl kleinere, zum Theil in unmittelbarer Nachbarschaft der ersteren; wachsen nun die einzelnen Tumoren bis zur gegenseitigen Berührung weiter, dann wird in Bezirken, wo die einzelnen Geschwülste gedrängter stehen, durchaus das Bild der Fettmassen bei der A. dolorosa resultiren.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1903 Bd. 36 No. 6).

- Prof. E. Heinrich Kisch (Marienbad) skizzirt kurz seine **Entfettungsmethode**, die er in einer überaus grossen Zahl von Fällen plethorischer uncomplicirter Fettleibigkeit erprobt hat: „Des *Morgens*, zu recht früher Stunde (um 5 bis 6 Uhr), Trinken von 3—4 Gläsern, je 150—200, zuweilen auch 250 g Marienbader Glaubersalzwasser, in Pausen von 15—20 Minuten, dann 1—2 Stunden Bewegung in systematisch allmählich steigender Promenade durch Wald und Berg. Dann Frühstück: 1 Tasse (150 g) Kaffee oder Thee ohne Milch oder mit Zusatz von 1 Esslöffel voll Milch, ohne Zucker, 50 g Zwieback, der weder fett noch süss sein darf, 25—50 g mageren Schinken oder Fleisch. *Vormittags*: Ein kohlensäurereiches Sauerlingsbad von 26° R. und 15 Minuten Dauer mit nachfolgender kalter Regendouche über den Körper (mit Ausnahme des Kopfes), dann 1 Stunde Promenade. Bei vollkommen intactem, kräftigem Herzen 2 mal wöchentlich ein russisches Dampfbad oder römisch-irisches Bad mit nachfolgender kalter Abreibung, Douchen, Einpackungen. 1 Stunde vor dem Mittagmahle: Trinken von 1 Glas Sauerling mit Zusatz von Saft einer Citrone, ohne Zucker. *Mittags* zwischen 1 und 2 Uhr: Meist keine Suppe. 150—200 g gebratenes, nicht fettes

Fleisch kräftigster Sorte (Schweinefleisch, Gänsebraten ausgeschlossen), auch Fische, mit Ausnahme von Lachs, 25 g Zwieback, Gemüse nach Wunsch 50—100 g (Kartoffeln verboten), als Dessert frisches Obst. Getränke 1—2 Gläser (150 g) weissen oder rothen leichten Weines. Bei Tische kein Wasser, auch nicht Sauerbrunnen. *Nachmittags*, nicht unmittelbar nach dem Essen, Promenade von 3 Stunden Dauer, Ansteigen in die Berge, dann 1 Tasse Kaffee oder Thee ohne Zucker und Milch. Um 6 Uhr Nachmittags 1 Glas Glaubersalzwasser. *Abends* zwischen 7 und 8 Uhr: 150 g warmen Braten oder kaltes Fleisch oder mageren Schinken, Gemüse oder zuckerfreies Compot, 15—20 g Zwieback. Nachher 1 Stunde Promenade, worauf zuweilen allgemeine Körpermassage durch ein geschultes Individuum. Vor dem Schlaf, welcher nicht länger als 7 Stunden dauern darf, kalte Waschung oder Abreibung des ganzen Körpers. Mit dieser Kostnorm gewährt Autor durchschnittlich pro Tag 160 g Eiweiss, 11 g Fett und 80 g Kohlehydrate, ungefähr 1090—1100 Calorien. Die Bewegung soll 20 000—25 000 Schritte betragen (am besten mittelst Pedometers zu kontrolliren!). Aber man darf natürlich nicht schematisiren, sondern den Caloriengehalt der Kost, das Ausmaass der Bewegung muss sorgfältig dem Grad der A., dem Alter, den Lebensgewohnheiten, der Blut- und Herzbeschaffenheit des Pat. u. s. w. angepasst werden.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1903.)

### **Agrypnie.** Hedonal hat im Laufe der letzten 2 Jahre Dr.

H. Rausche (Magdeburg) vielfach angewandt. Mit 1½ g, später 2 g gelang es besonders bei der A. nervöser und neurasthenischer Pat. jedesmal, mehrstündigen und erquickenden Schlaf zu erzielen; auch konnte das Mittel fortgesetzt genommen werden ohne üble Folgen für den Organismus. Auch in solchen Fällen bewährte es sich, wo nach schweren Krankheiten die zurückbleibende Erschöpfung A. bewirkte, bei allgemeiner Abspannung und Schwäche. Jedenfalls ist Hedonal in den genannten Fällen als zuverlässiges Hypnoticum zu bezeichnen. Bei schmerzhaften Affectionen versagte es.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 4.)

- Eine **neue Klasse von Schlafmitteln** haben E. Fischer und J. v. Mering aufgefunden: Harnstoffderivate, die sich theils von den Dialkylelessigsäuren ableiten, theils Abkömmlinge

der Diaethylmalonsäure sind. Der wichtigste Körper dieser Gruppe ist der *Diaethylmalonylharnstoff*, von dem es sich herausstellte, dass er an Intensität der Wirkung alle bisher gebräuchlichen Schlafmittel übertrifft. Da die Substanz relativ leicht herzustellen ist und in Bezug auf Geschmack und Löslichkeit Vorzüge besitzt, so erscheint sie für den praktischen Gebrauch recht geeignet. Das kurz „*Veronal*“ benannte Präparat (E. Merck in Darmstadt stellt es her), ist ein schön krystallisirender farbloser, schwach bitter schmeckender Stoff, der sich in 12 Theilen kochendem Wasser und in 145 Theilen Wasser von 20° löst. Bei einfacher A. genügt in der Regel 0,5 g. Zur Bekämpfung von A., die mit stärkeren Erregungszuständen einhergeht, kann man die Dosis bis zu 1 g steigern. Bei schwächlichen Personen und Frauen kommt man manchmal schon mit 0,3 g aus. Zur Erzielung von Schlaf sind also Dosen von 0,3—0,5—0,75—1 g erforderlich. Wird Veronal in Lösung gegeben, so tritt der Effect in etwa  $\frac{1}{2}$  Stunde ein. Am meisten empfiehlt sich, das Pulver in 1 Tasse warmen Thees durch Umrühren zu lösen. Unangenehme Nebenwirkungen wurden bisher nicht beobachtet.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1903.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Die Verwendung des Wasserstoffsperoxyds als Verbandmittel empfiehlt Dr. E. Unger (Karewski'sche Klinik Berlin). Von Merck wird seit 2 Jahren ein Hydrogen. peroxyd. puriss. hergestellt, 30 Gewichtsprocente  $H_2O_2$  enthaltend. Benützt wurden 1%, 3% und 10% Lösungen (nicht durch Kork zu verschliessen!). Sie erwiesen sich als vollkommen ungiftig und reizlos (keine Ekzeme!) Die 1%ige und 3%ige Lösung wurden in Form feuchter Verbände verwandt. Bei oberflächlichen Lymphgefässentzündungen, Panaritien, Erysipeloiden leisteten sie ebenso gute Dienste wie essigsaure Thonerde und Sublimat, ohne die Haut zu verändern. Bei oberflächlichen wie tiefen Ulcerationen bewirkten sie schon in 24 Stunden völlige Beseitigung des Geruches in oft überraschender Weise. Daher ist deren Anwendung auch bei jauchenden zerfallenden Geschwülsten indicirt. Bei oberflächlichen Wunden ist die Secretion schon nach 2—3 Tagen beträchtlich geringer, die Wunde nimmt ein trockenes, sauberes Aussehen an, der vorher zerfallene unterminierte Rand wird durch weisse Streifen gesunder Epidermis, die sich besonders im Beginn der Behandlung schnell entwickelt,

ersetzt. Tuberculöse Fisteln der Weichtheile wurden mehrere Tage hindurch mit 10%iger Gaze feucht tamponirt; es erfolgte zunächst grössere Abscedirung mit Abstossung der nekrotischen Gewebsetzen, dann Bildung guter Granulationen. In mehreren Fällen progredienter Phlegmonen der Extremitäten, sowie in 2 Fällen ausgedehnter Vereiterung der inguinalen Drüsen wurde die Wundfläche mit 10%iger Lösung berieselt, die leicht ätzend und auch haemostatisch wirkt, in den folgenden Tagen wurde feucht mit 3%iger Lösung tamponirt. Es gelang nicht, völlige Ueberhäutung zu bewirken. Um dies zu erreichen, werden neuerdings die Wunden mit *Vioform* bestreut oder mit *Vioform*-Gaze verbunden. Die Erfahrungen zeigten, dass dem  $H_2O_2$  direct desinficirende Wirkung zu zuschreiben ist.  $H_2O_2$  besitzt vor anderen Desinficientien den Vorzug der prompten Wirkung als Desodorisans und der Ungiftigkeit.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1903.)

- **Gebrauchsfertige, aseptische Verbandstoffe für die Kriegschirurgie und für den prakt. Arzt** fertigt nach den Angaben von Prof. Dr. G. Perthes (Leipzig) die Firma **Max Arnold** in Chemnitz an. Die einzelnen Verbandspackete enthalten nur das für den einzelnen Zweck Nothwendige, für die verschiedenen Verbände die nöthige Anzahl Compressen, bestehend aus dem sehr zweckmässigen Compressionsstoff (Combination von Verbandwatte und Mull), für die Operationen als Tupfer in Mull eingeschlagene Wattebäusche. Die Verpackung der zunächst in einer Filtrirpapierhülle eingeschlossenen Verbandstoffe erfolgt in Beuteln aus starkem Papier, deren Oeffnung nach erfolgter Füllung mittelst eines besonderen Streifens vollkommen staubdicht und damit bakteriendicht verschlossen wird. Die Sterilisation geschieht nach beendigter Verpackung durch 30 Minuten währende Einwirkung gesättigten gespannten Dampfes von 110° Temp. durchaus sicher. Da das Papier der Beutel eine zwar staubdichte, nicht aber luftdichte Hülle darstellt, so hat der Dampf und mit ihm die feuchte Hitze Zutritt zu dem Inhalte, wie genaue Untersuchungen ergaben. Die staubdichte Verpackung gewährleistet die Sterilität des Inhalts für die Dauer; der Inhalt von Packeten, die 3 Monate lang unter dem vom Fussboden aufgekehrten Staube aufbewahrt waren, erwies sich als steril. Die Verwendung starken Papiers als Verpackung bietet vor der Verwendung von Blechbüchsen grosse Vortheile: Die Möglichkeit der Sterilisation nach vollkommenem Verschluss.

sowie die Billigkeit und Leichtigkeit. Wo es auf Raumersparniss ankommt, werden die Packete zu mehreren durch starke Compression zu einem Ballen vereinigt in einem Blechkasten; braucht man ein Stück, so bleiben die übrigen doch vor Infection sicher geschützt. Wenn die Einzelpackete durch Abreissen des verschliessenden Streifens eröffnet sind, so erscheint die innere Filtrirpapierhülle um die Verbandstoffe. Ein eingelegter Pergamentstreifen giebt nun die Möglichkeit, diese Filtrirpapierhülle in eine aseptische Unterlage zu verwandeln, auf der die Verbandstoffe, von der Hand unberührt, freigelegt sind. Ferner tragen an den für Verbände bestimmten Packeten die einzelnen Compressen an den Enden Umschläge aus Filtrirpapier, mit deren Hülfe sie auf die Wunde gelegt werden können, ohne dass die Hand die einzelnen Compressen berührt. Damit ist die Möglichkeit gegeben, auch mit nicht desinficirten Händen den Verband aseptisch fertig zu stellen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 6.)

— **Ichthyol für Brandwunden** empfiehlt Bergarzt Dr. H. Goldman (Brennberg), der damit sehr schöne Erfolge erzielt hat (er benützte 5% Ichthyol-Vaseline). Im Ichthyol besitzen wir auch ein Mittel, das allen Anforderungen für Brandwunden entspricht: es wirkt antiseptisch, anaemisirend und schmerzlindernd.

(Wiener med. Presse 1903 No. 9.)

**Arznei-Exantheme.** Ein **Exanthem nach Pyramidongebrauch** demonstriert Dr. Carl Reitter jr., ähnlich in Form und Auftreten den localisirten fixen Antipyrinexanthemen. Der Ausschlag bestand bei der Aufnahme des Pat. aus ein- bis zweihellerstückgrossen, licht- bis dunkelrothen, über das Niveau der umgebenden Haut emporragenden Flecken, die sich scharf gegen die Umgebung abgrenzten und deren Rand leicht gekerbt war; am Rande dieser Efflorescenzen, sowie auch auf ihnen fanden sich stechnadelkopfgrosse Knötchen, die anfangs auf Druck empfindlich waren. Diese Flecken waren an den Streckseiten der Vorderarme, an beiden Handrücken, sowie in ganz geringer Anzahl am rechten Knie zu sehen. Der zu Rathe gezogene Dermatologe erklärte den Ausschlag für Erythema multiforme und meinte, dass sich auf der Basis dieses Erythems bei der schwer tuberculösen Pat. später ein Hauttuberculid entwickeln könnte. Pat. hatte

aber in Alland als Antipyreticum Pyramidon erhalten (innerhalb von 18 Tagen ca. 7 g in Einzeldosen à 0,25 g). Das Erythem blasste nach einigen Tagen ab, worauf die Haut über den Erythemstellen leicht abschuppte, fein gefältelt wie zerknülltes Cigarettenpapier aussah und leichte bräunliche Pigmentirung zeigte. Pat. musste auch jetzt ihres Fiebers wegen, da andere Maassnahmen nicht halfen, mit Antipyreticis behandelt werden und erhielt Lactophenin, Chinin, Phenacetin und Antipyrin. Da aber das Herz ungünstig beeinflusst wurde, griff Autor wieder zum Pyramidon. Am nächsten Tag gleicher Ausschlag an ganz denselben Stellen, wie früher. Auch dies Erythem blasste nach Aussetzen des Medicamentes nach einigen Tagen ab. Gestern erhielt Pat. wieder Pyramidon, heute hat sie wieder ihr Erythema papulosum. Nach der Form des Auftretens, nach seiner Localisation, nach der Art, immer wieder an demselben Ort aufzutauchen, und nach der zurückbleibenden Pigmentirung wäre dieses Exanthem gleich zu stellen den localisirten fixen Antipyrinexanthemen. Ein solches selbst war es nicht, da Pat. Antipyrin auch in grösseren Dosen anstandslos vertrug, es war eben ein Pyramidonexanthem. — *Discussion:* Dr. E. Pins hat bei einem 56jähr. Mann nach Einnehmen von 3 g *Diuretin* ein universelles, heftig juckendes Erythem beobachtet. Dr. M. v. Weinberger sah 2mal nach Agurin universelle Erytheme. Dr. S. Federn weist darauf hin, dass derartige A. hauptsächlich nach gewissen Gruppen von Medicamenten (Chinin, Salicyl. Antipyrin) sich entwickeln, welche das Gemeinsame haben, dass sie den Blutdruck herabsetzen; dies thut auch Theobromin und dessen Gruppe. Vielleicht könnte man an eine aetiologische Beziehung zwischen Blutdruckerniedrigung und dem Auftreten der A. denken.

(Gesellschaft f. innere Medicin in Wien, 4. XII. 1902. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 4.)

- Ein **Arzneiexanthem nach Aspirin** beobachtete Dr. Otto (Alsleben a. S.). Derselbe hatte einem Manne wegen Rheumatismus Aspirin in Grammdosen verordnet. Abends 9 Uhr nahm Pat. das 1. Pulver. Gegen 11 Uhr bekam er plötzlich heftiges Jucken an den Unterschenkeln und bemerkte dort knotige Hautverdickungen. Diese Erscheinungen verbreiteten sich rasch weiter und nahmen bald den ganzen Körper ein. Gegen 3 Uhr Nachts nahm Pat. ein 2. Pulver, worauf sich die Erscheinungen bis zum Unerträglichen steigerten. Daneben noch starkes Angst-

gefühl, heftiger Schwindel, unstillbarer Durst. Morgens 8 Uhr sah Autor den Kranken, der überall am Körper, auch am Kopfe, ja an der Mund- und Rachenschleimhaut regellos verstreute, scharlachähnliche, tiefrothe, stark erhabene Flecke zeigte, die sich hart und höckrig anfühlten; Augenlider stark ödematös geschwollen, Ohrmuscheln stark verdickt, Lippen wulstig, dunkelroth, alles sehr hart. Beträchtliche Pulsbeschleunigung (100), Brechreiz, starker Durst. Im Laufe des Tages liessen die Beschwerden und Erscheinungen allmählich nach, um Tags darauf zu verschwinden. — Auch Dr. Meyer (Bocholt) wurde jüngst früh am Morgen zu einem Herrn gerufen wegen ödematöser Schwellung beider oberen und unteren Augenlider, der Stirn und ganzen behaarten Kopfhaut. Pat. hatte am Abend vorher 1 g Aspirin genommen, worauf er während der Nacht jene Erscheinung bekam. Tags darauf verschwand dieselbe.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 7.)

### **Cholelithiasis. Die Heilung der Ch. durch Chologen und**

**Bericht über meine ersten 100 behandelten Fälle**, so lautet ein Artikel von Dr. R. Glaser (Muri, Aargau). Autor ist zur Erkenntniss gelangt, dass die Ch. in erster und letzter Linie eine Nervenkrankheit und nicht eine Infektionskrankheit ist. Das Primäre sind Functionsstörungen der Secretionsnerven der Leber, besonders der sympathischen, das Secundäre Ausfallen von Cholestearin, Infection der Galle, das Tertiäre Katarrh und Ausfällung von Bilirubinkalk, das Quartäre Einstellung eines Steines in den Gallenblasenhals und Entwicklung einer localen Hyperaesthesie. Auf diese Theorie ist des Autors Behandlungsmethode gegründet, und wenn die Erfolge einer auf Theorie gegründeten Behandlung einen Rückschluss auf die Richtigkeit dieser Theorie gestatteten, so wäre dieselbe hier als gesichert zu betrachten. Es gilt zunächst, die Secretionsnerven der Leber derart zu beeinflussen, dass dieselben wieder harmonisch functioniren, damit das Secret wieder normal werde, keine weiteren Steine mehr entstehen, die schon gebildeten wieder zerfallen. Ein hier brauchbares Heilmittel müsste in erster Linie den Gehalt der Galle an specifischen Gallenbestandtheilen, besonders an gallensauren Salzen, vermehren, ohne doch die Galle dick und schwerflüssig zu machen; ferner müsste es in die Galle selbst übergehen und innerhalb der Gallengänge antibakterielle, antikatarrhalische Wirkungen zu entfalten im-

stande sein; ferner sollte es die bestehende Hyperaesthesia und Hyperkinese beseitigen, die fast immer bestehende habituelle Verstopfung überwinden. Nach hundertfältigen Versuchen gelang es dem Autor, 3 Combinationen herzustellen, die fast in allen Fällen genügen. Im Hg haben wir ein Mittel, das die Gallensecretion ausserordentlich vermindert, resp. dickflüssiger, gehaltreicher an nicht-wässrigen Bestandtheilen macht, ein Mittel, das in die Galle übergeht und in den Gallengängen seine eminente antiseptische Kraft entfalten kann. Aber es genügt anderen Indicationen nicht, z. B. gewährleistet es nicht für die Dauer regelmässige Stuhlentleerung, es lässt die Hyperaesthesia und Hyperkinese unbeeinflusst u. s. w. Autor hat nun nach 12jährigen Versuchen 3 verschiedene Combinationen herausgefunden von Hg mit aromatischen Pflanzenstoffen aus den Gruppen der abführenden und zugleich gallentreibenden Mittel (Podophyllin) und der blähungtreibenden und krampfstillenden Gewürze und Oele (Melisse, Campher, Kümmel): Chologen No. 1, 2 und 3, welche jetzt in Form von Tabletten dargestellt werden (Hugo Rosenberg, Berlin W.). Eine sehr genaue Dosirung und Individualisirung ist durchaus nöthig, will man Erfolge erzielen. Bei älteren und schwächlichen Pat. beginnt Autor vorerst mit 3 Stück Tabletten im Tag (nach jeder Mahlzeit), bei jüngeren und kräftigeren bewähren sich oft 2—3mal täglich 2 Stück besser. Wenn laut Anamnese die Anfälle nicht plötzlich in ganzer Kraft einsetzen, sondern, wie es in der Regel der Fall ist, mit Unbehagen, Druck, Vollsein, langsam sich steigenden Schmerzen beginnen, und wenn die Papillae fungiformes der Zunge geröthet und angeschwollen sind (Hyperaesthesia), dann verordnet Autor Chologen No. 2. Entwickeln sich dagegen die Anfälle sehr rasch und treten die Papillae fungiformes auf der Zunge nicht hervor (Hyperkinese), dann verordnet er Chologen No. 3. Ist die Zunge belegt, besteht Druck im Epigastrium nach dem Essen, Appetitlosigkeit u. dergl., dann bekommen die Pat. ausser ihren passenden Tabletten eine Mixtur:

Rp. Acid. mur. 2,0

(Tct. Strychni 1,0)

Vin. Condurango 30,0

Aq. dest. ad 200,0

S. Zum Mittag- und Nachtessen 1 Esslöffel.

Stellt sich heraus, dass bei Gebrauch der Tabletten No. 2 oder No. 3 Obstipation weiterbesteht, dann lässt Autor



ausserdem Morgens (und event. noch Abends) je 1 Tablette Chologen No. 1 nehmen. Auch bei älteren und schwächeren Pat. ist es oft besser, 2—3 mal täglich 2 Tabletten No. 2 oder 3 zu verordnen, anstatt 3 mal täglich nur je 1. Stellt sich trotzdem anfänglich noch ein Anfall ein, dann bewährte sich immer gut ein Wickel mit Ol. Papav., Chloroform aa getränkt, über die Leber zu legen und mit Billrothbattist zu bedecken; auch Tct. Belladonnae 8—10 Tropfen intern wirken vorzüglich. Mit der einmal als richtig erprobten Dosirung und Combination fährt man 3—4 Monate fort. Besonders die Fälle mit grossem, festliegendem Stein im Blasenhalss leisten oft sehr lange Widerstand. Im Choledochus ist ein Stein dem Einfluss der Galle viel besser zugänglich und zerfällt bald. Viel rascher als die Cholecystitis wird der acute und chronische Choledochusverschluss günstig beeinflusst. Der bisher so gefürchtete Choledochusverschluss ist überhaupt die dankbarste Form der Ch. für Chologenbehandlung. Letztere hat sich aber überhaupt bei Ch. sehr bewährt. 78% der ersten hundert Fälle wurden geheilt, d. h. sie sind gesund geblieben, können wieder arbeiten und ohne Beschwerden alle Speisen vertragen. Es befinden sich darunter viele sehr schwere Fälle, die in einem Zustand hochgradigen Zerfalls in die Chologenbehandlung eintraten. Contraindicationen für letztere giebt es nicht; Chologen wird auch von Kindern, Greisen, bei Vitium cordis, in der Gravidität gut vertragen. Sobald einmal Ch. constatirt ist, dann ist Chologen indicirt. Ja es wird bei vielen Fällen von „nervösen Magenkrämpfen“ selbst dann indicirt sein, wenn die Diagnose Cholelithiasis zweifelhaft erscheint. Es wird nie versagen, wenn nicht Empyem der Gallenblase, ausgedehnte entzündliche Verwachsungen oder maligne Neubildungen vorliegen, und wenn die Cur richtig durchgeführt wird. Freilich kommen ausser dem Chologen bei der Cur noch folgende Heilfactoren in Betracht:

1. Möglichste Ausspannung aus den täglichen Berufs-sorgen.
2. Reichliche Bewegung im Freien mit oft wiederholtem Tiefathmen; Pat. mit chronischem Choledochusverschluss ist oft anfänglich Bettruhe und erst nach 8—14 Tagen Bewegung zu verordnen.
3. Die Diaet soll im Anfang, solange entzündliche Processe in und um die Gallenwege bestehen, sorgfältig sein, d. h. es sollen aufs Mal nur kleine Mengen

leicht verdaulicher Speisen gegessen, langsam und gründlich gekaut werden. Verkehrt ist es, nur Schleimsuppen und Milch zu gestatten; eine gemischte Diaet hebt vorzüglich die Leberfunction. Die Pat. sollen von Anfang an auch Fleisch und Gemüse, nach 3—4 Wochen überhaupt alles essen (ausser Hummer, Salm und kalte rohe Früchte). Die Hauptsache bleibt: Mässigkeit und gutes Kauen!

4. Warme Soolbäder, besonders CO<sub>2</sub>haltige sind ein wesentliches Hilfsmittel zur Steigerung der Leberfunctionen.
5. Richtige Lage im Bett (meist ist es die rechte Seite) und hebende Binden wirken gut gegen Schmerzen, die oft von Adhaesionen herrühren.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1903 No. 3.)

— Eine **Anleitung zum Gebrauch der Chologen-Präparate**, zusammengestellt von Dr. Glaser, giebt neuerdings der Fabrikant heraus. Sie lautet:

1. Chologen No. 3 ist angezeigt bei Hyperkinese, einem Reizzustand der motorischen Reflexcentren von Magen und Gallenblase.
2. Chologen No. 2 ist angezeigt bei Hyperaesthesie, einem Reizzustand der sensiblen Reflexcentren von Magen und Gallenblase.
3. Chologen No. 1 dient zur Ergänzung von No. 2 u. 3, wenn letztere ungenügend auf den Stuhl wirken sollten.
4. Da sehr oft Hyperaesthesie und Hyperkinese zugleich, wenn auch in verschiedenem Grad, bestehen, so wird man am sichersten gehen, indem man zunächst während 8—14 Tagen Chologen No. 2 verordnet, hernach ebensolang No. 3, um dann 2—3 Monate mit demjenigen Präparat fortzufahren, bei dem sich Pat. besser befindet.
5. Es ist zweckmässig, zunächst 2 mal täglich 2 Tabletten zu verordnen, je 3 Minuten vor dem Morgen- und Nachtessen 2 Stück mit warmem Wasser zu schlucken. Die Tabletten sollten nicht zerbissen werden.
6. Stellt sich heraus, dass bei 2 mal 2 Tabletten Stuhlträgheit weiter besteht, dann nehme der Pat. Morgens ausserdem 1 Tablette No. 1, und wenn auch dies nicht genügt, auch Abends eine solche; es ist nothwendig, dass täglich 1—2 Mal gründlich Stuhl erfolge.
7. Stellen sich anfangs noch Anfälle ein, dann ist entweder noch nicht das richtige Chologen in Verwen-

nung oder es wird nicht in genügender Dosis genommen. Man wird im letzten Falle dann 3 Mal täglich 2 Tabletten No. 2 oder 3 geben.

8. In seltenen Fällen, bei empfindlichen, zu Diarrhoe disponirten und geschwächten Pat. empfiehlt es sich, mit 3 Mal täglich je 1 Tablette zu beginnen.
9. Ist die Zunge belegt, auch nur in geringem Grad, dann empfiehlt sich gleichzeitig eine Mixtur:

Rp. Acid. mur. 2,0

Syr. Rub. Id. 30,0

Aq. dest. ad 200,0

S. Zum Mittag- und Nachtessen 1 Esslöffel.

10. Zu Beginn eines Anfalles wirken in der Regel 8—10 Tropfen Tct. Bellad. in einer Tasse Kümmel- oder Camillenthee schmerzlindernd.

Die Tabletten machen hie und da kurzdauerndes, unbedeutendes Leibschneiden, worauf dann Stuhl erfolgt oder Winde abgehen.

11. Bezüglich der übrigen Heilfactoren (curgemässes Leben, Ausspannung, Spaziergänge, Tiefathmen, Soolbäder, Diaet etc.) sei auf meine Arbeit\*) verwiesen.
12. Im Frühjahr und Herbst sollten die zur Gallensteinbildung Disponirten regelmässig während etwa 3 Wochen das für sie passende Präparat wieder gebrauchen, um einer Neubildung von Steinen und Entzündung vorzubeugen.

**Gonorrhoe.** Bei **gonorrhöischer Epididymitis** (auch *traumatischer*) wendet Dr. M. Horowitz gegen die acuten Entzündungserscheinungen statt der kalten Umschläge solche mit einem Brei an, der entsteht, wenn man den gelben Töpferthon zu gleichen Theilen mit Wasser und Essig abrührt. Der Brei lässt sich wie Marmelade verstreichen. Die so bestrichenen und zusammengelegten Leinwandstücke werden aufs Scrotum gelegt und mit Billroth-Battist bedeckt. Diese Umschläge (dieselben bewährten sich auch bei *gonorrhöischer und syphilitischer Arthritis*) sind leicht zu beschaffen, kosten sehr wenig und brauchen nicht oft gewechselt zu werden; sie schmiegen sich an das Scrotum sehr innig an und bleiben kühl und feucht.

(Centralblatt f. d. gesamte Therapie, Februar 1903.)

\*) Siehe das vorige Referat.

- **Ein von einer gonorrhoeischen Stricture ausgehendes Lymphosarcoma bulbi** operirte Dr. G. Kapsammer (Wiener Allgem. Poliklinik). Der Fall zeigt, dass, wie Neoplasmen auf entzündlicher Basis entstehen können, auch mechanische Insulte, häufige Sondirungen in Betracht kommen können. Auffallend war das ungemein rasche Wachsthum des Tumors, das an eine entzündliche Geschwulst denken liess.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 10.)

- Zur Klärung der Frage der **Häufigkeit und Aetiologie der Tubargravidität** hat Dr. W. Hahn das Material der Wiener k. k. Krankenanstalten aus den letzten Jahren sorgfältig geprüft und die Litteratur verfolgt. Es ergab sich übereinstimmend, dass es *katarrhalische Veränderungen der Tuben und des Beckenbindegewebes* sind, die die *Hauptursache der Tubengravidität* abgeben. Wie heut feststeht, sind aber fast alle katarrhalischen Tubenerkrankungen *gonorrhoeischen* Ursprungs, ebenso die grosse Menge der circumscribten Pelveoperitonitiden. Die Entstehung einer Extrauterin-gravidität auf gonorrhoeischer Grundlage verhält sich ungefähr folgendermaassen: Nach einer gonorrhoeischen Infection tritt zunächst Sterilität ein, welche so lange andauert, als der Process sich im acuten Stadium befindet. Später treten dann die chronischen Veränderungen auf, die eine Conception zulassen. Aber infolge der Passagehindernisse in der Tube kommt es eben zur Extrauterin-schwangerschaft. Da solche Frauen oft jahrelang steril waren und schon gar nicht mehr daran dachten, dass sie in die Hoffnung kommen könnten, so kommt eine solche Tubargravidität dem Arzte wie der Pat. unglaublich vor, was nicht selten zu falschen Diagnosen führt. Autor resumirt:

1. *Die häufigste Ursache der Extrauterinschwangerschaft ist zweifellos die G.*
2. Die Extrauterin-gravidität kommt daher häufiger dort vor, wo auch die G. häufiger ist, also in den grossen Städten.
3. Die Zahl der Fälle von Extrauterinschwangerschaft scheint in den letzten Jahren zugenommen zu haben. Die Ursachen dafür liegen theils in der leider immer mehr um sich greifenden Seuche der gonorrhoeischen Infection, der trotz aller prophylaktischen Maassregeln auf socialhygienischem Gebiete nicht beizukommen ist, theils in der Vervollkommnung der Diagnose und Behandlung der Tubenschwangerschaft in den

letzten Jahren, sodass viele Fälle als solche erkannt und der Heilung zugeführt werden, die früher für etwas anderes gehalten und dementsprechend behandelt wurden. Die Extrauteringravidität ist daher keineswegs die seltene Krankheit, für die sie lange Zeit gegolten, sondern gehört zu den häufiger vorkommenden Krankheiten des weiblichen Geschlechts.

4. Die Erfolge der Behandlung der ektopischen Schwangerschaft, sowohl die der operativen als die der conservativen, sind überaus gute, sodass die Gefahr der Extrauteringravidität, die früher für sehr gross gehalten wurde, wesentlich verringert ist und die Prognose in den allermeisten Fällen von vornherein als eine günstige bezeichnet werden kann.
5. Die beste Prophylaxe gegen Extrauteringravidität liegt nach dem Gesagten in dem Schutz vor gonorrhöischer Infection.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 6.)

— **Ichthargan bei acuter G. des Weibes** empfiehlt Dr. G. Woyer (Wien) auf Grund seiner Erfahrungen an 27 Fällen; 9mal war die Urethra nicht mit ergriffen, bei den übrigen bestand Urethritis, einige Male auch Cystitis. Stets gab die Ichtharganbehandlung befriedigende Resultate. Bei Urethritis nahm Autor mit einem rückläufigen Katheter Ausspülungen der Urethra unter geringem Drucke mit Lösungen von 1 : 5000 bis 1 : 1000 vor, ausserdem führte er, um länger dauernde Aetzwirkung zu erzielen, auch Bacillen in die Urethra ein:

Rp. Ichthargan. 0,005

Ol. Cacao 5,0

F. bacill. urethr. Nr. X.

In 5 Fällen von Cystitis wurden im geeigneten Stadium neben den übrigen Behandlungsmitteln statt der sonst üblichen Waschungen mit Borsäurelösung Ausspülungen mit Ichtharganlösungen (1 : 10 000 bis 1 : 8000) gemacht, und in der Concentration von 1 : 1000 bis 1 : 800 gebrauchte Autor das Präparat zur tropfenweisen Instillation in die Blase statt Höllensteins. Die Vagina wurde bei starker Affection mit Ichthargan (1 : 2000) reichlich gespült, mit in diese Lösung getauchten Wattebäuschchen gründlich abgerieben und ein mit 2—4% Ichtharganlösung getränkter Wattetampon eingelegt, welcher über Nacht darin belassen wurde. Dieselbe Concentration wurde verwendet zur Aus-

spülung der Cervix, während der Cervicalcanal mit 1% bis  $\frac{1}{2}$ %iger Lösung geätzt wurde.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1903 No. 8.)

**Helminthiasis.** **Extract. Filicis in keratinisirten versilberten Kapseln als bestes Bandwurmmittel** empfiehlt Dr. Kittel (Russ, Ostpreussen). In seiner Gegend, wo die Einwohner sehr viel rohe Fische essen, ist der *Bothriocephalus latus* ungemein verbreitet, und hat Autor in seiner 33jähr. Praxis mehr als 10,000 Bandwurmerecepte verschrieben, die meisten empfohlenen Mittel versuchend. Als sicher wirkend kann er nur Extr. Filic. bezeichnen, das allerdings aus wirksamem Rohstoff bereitet und zweckmässig hergestellt werden muss. Seit 2 Jahren stellt Apotheker Ludewig in Russ die genannten Pillen her „Kermelol-Ludewig“; 25 Stück (Gabe für Erwachsene) enthalten 7,5 g Extr. Filic. und 0,15 Santonin (Preis Mk. 3,50), die sehr zu empfehlen sind.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 1.)

— **Tödliche Ascaridiasis mit Leber- und Pankreasabscessen** beobachtete (es ist dies der erste derartige Fall) Prof. O. Vierordt. Der 2jähr. Junge kränkelte seit Sommer 1902 leicht, ohne je icterisch zu sein. Ende September 1902 erkrankte er mit hohem Fieber und erbrach, wie es scheint, 3 jugendliche Exemplare von *Ascaris lumbricoides*. Auf Santonin gingen erst grössere, weiterhin durch Wochen kleinere Mengen derselben Würmer mit dem Stuhl weg; unter heftigen Leibschmerzen, remittirendem Fieber und schleimigen Stühlen magerte das Kind rasch ab. Beim Eintritt in die Klinik bestand Kachexie, keine Spur Icterus, intermittirendes Fieber, kolikartiger Leibschmerz, mässig aufgetriebener Leib, Empfindlichkeit im rechten Hypochondrium, dickbreiiger, schleimiger Stuhl, täglich 16—30 weisse schlanke Würmer enthaltend, wie sich herausstellte, jugendliche Exemplare von *Ascaris*. Santonin beeinflusste die Entleerung der Würmer nur wenig und vorübergehend, dann und wann fanden sich Ascariseier im Stuhl. In der Folge fiel die Empfindlichkeit im rechten Hypochondrium und ein walnussgrosser, nur ab und zu fühlbarer, bei leisestem Druck sofort in der Tiefe verschwindender Tumor im linken Hypochondrium dicht über Nabelhöhe auf. In Narkose deutlich eine etwas grosse, feste Leber mit unregelmässigem, theils knotigem, theils gekerbtem Rand.

Leichte Leukocytose, keine Eosinophilie. Zweizeitige Operation ergab eine grosse feste Leber mit vereinzelt Höckern; Einstich in die letzteren hatte kein Resultat. Unter fortgesetzter Wurmentleerung (ca. 500 Stück), zuweilen auch durch Erbrechen, verfiel das Kind; icterisch war es nie, die Temperatur schwankte, Fröste fehlten. Der kleine Tumor links wurde schliesslich als Abscess des Pankreasschwanzes diagnosticirt. Nie Krämpfe, Coma etc., wohl aber ein paar Schübe von Urticaria. Tod am 20. November 1902; das ausgesprochene Kranksein hatte kaum einen Monat, das „Kränkeln“ ca.  $\frac{1}{4}$  Jahr gedauert. Die Section ergab eine grosse, mit Erweiterungen der Gallengänge durchsetzte Leber; in allen diesen Herden sassen kleine weisse Ascariden, Ductus choledochus und hepatici mit ihnen vollgepfroft; der Ductus pancreaticus enthielt einen; der Pankreaschwanz nekrotisch und von Eiter umgeben. Im Darm, Magen, Oesophagus, Larynx ca. 200 Würmer, die gleichen wie die im Leben entleerten, 5—15 cm lang, dünn, ganz weiss, nur junge Ascariden, kein einziges geschlechtsreifes Weibchen. — Es handelte sich also um massenhafte Ascariden im Darm und in den Gallenwegen mit multiplen Cholangiektasien und Abscessen in Leber, sowie Pankreasnekrose, die Ausstopfung der grossen Gallenwege war sicher durch Wanderung der Thiere nach dem Tode bedingt, sonst hätte Icterus bestehen müssen; ebenso erklärt sich ihr Vorhandensein im Magen, Speiseröhre etc. Die durchgehende Jugendlichkeit der Thiere und der Mangel erwachsener Thiere, während doch Eier im Stuhl zu finden waren, ist vorläufig räthselhaft; man wird deshalb noch die Leber nach einem eierhaltigen Weibchen oder nach einem alten Eierdepot durchsuchen müssen.

(Naturhistor. Medicin. Verein Heidelberg, 16. December 1902. — Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 10.)

**Paralyse.** Eine *periphere Neuritis* weist eine von G. Jochmann vorgestellte 28jährige Pat. mit *doppelseitiger Peroneus- und Tibialislähmung* auf. Pat. klagt seit 2 Jahren über reissende Schmerzen im rechten Fuss, und zwar bald in den Zehen, bald in der Ferse, bald auf der Fusssohle. Diese Schmerzen dauerten verschieden lange Zeit an, bis zu Monaten, um dann wieder zeitweise ganz auszusetzen. Seit Mai d. J. muss Pat. den rechten Fuss höher wie sonst heben, um die am Boden hängende Fusspitze abzuheben. Das Gehen strengte sie seitdem mehr wie früher

an. Dieselben Erscheinungen machten sich seit 5 Monaten auch auf dem linken Fuss bemerkbar. Am *rechten* Fuss folgender Befund: Dorsalflection' und Plantarflection des Fusses unmöglich, Abduction und Adduction desselben ebenso. Hebung des inneren Fussrandes unmöglich. Plantarflection der Zehen, Abduction und Adduction der grossen und kleinen Zehe, Spreizen der Zehen unmöglich. Pat. kann sich nicht auf die Zehen erheben. Beim Gehen schleift die Fussspitze und der äussere Fussrand am Boden. Um dies zu vermeiden, beugt Pat. beim Gehen das Bein abnorm in der Hüfte und im Knie und setzt dann den Fuss vorschleudernd auf den Boden nieder: Steppergang. Sensibilität: Anaesthesie für feine Pinselberührungen an der Dorsalfläche des Fusses und der Zehen, am äusseren Knöchel und äusseren Fussrand, sowie auf der Fusssohle und Plantarseite der Zehen, Hyperaesthesie für feine Berührungen an der Vorderfläche des Unterschenkels über der Crista tibiae und nach aussen von dieser. In denselben Bezirken Hyperalgie; herabgesetzte elektrocutane Sensibilität und Temperaturdifferenzen werden nicht unterschieden. Am *linken* Fuss Dorsalflexion aufgehoben, Abduction in geringem Grade möglich, Adduction functionirt gut. Dorsal- und Plantarflection der 1. Zehe in geringem Grade möglich, die der 2—5. Zehe besser. Sensibilität wie rechts. Partielle Entartungsreaction beiderseits im Peroneus und Tibialisgebiet. — Die Aetiologie ist unklar. Pat. besitzt schon aus ihrer Kindheit grosse Drüsenpaquete am Halse und leidet an beiderseitigem Lungenspitzenkatarrh; ob dies zu der Neuritis irgendwie Beziehung hat, erscheint fraglich. Lues, Gifte u. dgl. kommen nicht in Betracht. Möglich ist jedoch ein Zusammenhang zwischen der Erkrankung der Pat. und ihrem Beruf. Sie ist Dienstmädchen und hat sehr viel in knieender und hockender Stellung zu scheuern u. s. w. Da erfahrungsgemäss bei Berufsarten mit ähnlicher Arbeit, so bei Rohrlegern, Asphaltarbeitern etc. Lähmungen im Ischiadicusgebiet nicht selten sind, so wäre diese Möglichkeit nicht ausgeschlossen, um so mehr als Pat. eine gewisse Disposition zu Neuritiden zu haben scheint (vor 3 Jahren litt sie an Facialisparese). Der gesammte übrige Nervenstatus bot normale Verhältnisse.

(Medicin. Section der schles. Gesellschaft f. vaterl. Cultur in Breslau  
12. XII. 1902. — Allgem. med. Central-Ztg. 1903 No. 2.)

— Einen **Fall von posthemiplegischem Tremor** demonstriert  
Köster. Bei einem 49jährigen, bis auf nicht unbeträcht-



liche Arteriosklerose gesunden Manne stellte sich vor 8 Wochen frühmorgens beim Ankleiden Schwindel, Ohrensausen, Uebelkeit und leichte Umnebelung des Bewusstseins ein. Die brennende Lampe, die er in der Hand trug, entfiel ihm, er stürzte hin und schlug mit dem Kopfe heftig auf, wobei starkes Nasenbluten eintrat. Er erhob sich nach einigen Minuten mühsam, wurde mit Unterstützung ins Bett gebracht, erbrach im Laufe des nächsten Tages und verlor eine leichte, rein motorische Sprachstörung bereits am 2. Tage nach dem Anfälle. Wirkliche Lähmung im Bereiche der Hirnnerven oder Extremitäten soll nie bestanden haben, sondern nur Schwäche im linken Arm und Bein. Unmittelbar nach dem Anfälle stellte sich Zittern im linken Arm und Bein ein, es soll auch in der Ruhe fortbestehen. durch psychische Erregungen gesteigert werden, im Schlafe aber sistiren. Bei dem organisch gesunden, kein Symptom von Hysterie, Alkoholismus, multipler Sklerose aufweisenden Pat. findet sich ausser beträchtlicher Arteriosklerose mässige Verminderung der groben Kraft in den linken Extremitäten (Händedruck am Dynamometer rechts 110, links 86). Differenz in der Innervation des Gesichtes und der Zunge fehlt. Sehnenreflexe an den Extremitäten beiderseits normal. Keine Muskelspannungen. Im linken Arme grobschlägiger Tremor von gleichmässiger Schwingungsbreite. Der Oberarm wird im Schultergelenk beständig aus- und einwärts gerollt, der Unterarm supinirt und pronirt, die Hand gebeugt und gestreckt. Nur die Finger theilnehmen sich an dem Zittern nicht activ, sondern werden einfach erschüttert. Im Sitzen wie im Stehen zeigt Pat. auch ein grobes Zittern des linken Beines. Der Tremor besteht in der Ruhe fort, wird durch psychische Erregung gesteigert, durch willkürliche und passive Bewegungen gemildert. Der Tremor ähnelt sehr dem bei Paralysis agitans, ist aber keinesfalls mit der hemiplegischen Form einer echten Schüttellähmung zu identificiren, verhält sich vielmehr zu letzterer wie etwa die symptomatische zur genuinen Epilepsie. Das Einsetzen und die Entwicklung des ganzen Krankheitsbildes machen es äusserst wahrscheinlich, dass es sich um eine *Blutung in der Gegend des rechten Thalamus opticus* handelt, dessen Verletzung zu dem Auftreten automatischer, ungewollter Bewegungen, wie neuere Beobachtungen bewiesen haben, Veranlassung giebt.

(Medicin. Gesellschaft zu Leipzig, 17. II. 1903. —  
Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 12.)

**Paralysis agitans. Klinische Erfahrungen über Rhi-**

**zoma scopoliae carniolicae** veröffentlicht Dr. L. v. Ketly (II. medic. Klinik in Budapest). Gegen den hochgradigen Tremor bei P. hat Autor bisher am meisten Nutzen gesehen vom Hyoscin. hydrobromic., das auch den stärksten Tremor rasch zum Schwinden bringen kann. Obzwar die Wirkung gewöhnlich nach 4—5 Wochen oder 1 bis 2 Monaten aufhört und der Tremor wieder zurückkehrt, kann dennoch nach einer Pause das Mittel wiederholt und event. neuerdings eine mehr oder weniger lange Besserung erzielt werden. Aber es ist doch ein recht gefährliches Mittel, das oft schwere Reizerscheinungen hervorruft, deshalb musste das von Podack 1897 empfohlene *Rhizoma scopoliae carniolicae* mit Freude begrüsst werden, das nicht toxisch wirkt. Er entdeckte es zufällig durch einen Bauern, der wegen P. 30 Jahre lang täglich das Mittel genommen hatte, ohne dass es ihm irgendwie geschadet hätte. Auch v. Ketly wandte neuerdings das Mittel bei 2 Fällen von P. und 1 Fall von *Neurosis traumatica* an. Das hochgradige Zittern, welches alle 3 Pat. auch im Gehen hinderte, liess in 2 Fällen in 2 Tagen nach, beim 3. hörte es ganz auf. In keinem Falle machte das Präparat, obwohl monatelang verabreicht, unangenehme Nebenerscheinungen. In den 2 Fällen von P. recidivirte der Tremor nicht einmal nach Monaten, bei der Neurose trat er nach Aussetzen des Mittels von neuem auf, doch wirkte die neuerliche Darreichung wieder eclatant. Man giebt das Mittel täglich 1mal in einer Dosis von 0,3—0,4 g in Pulverform.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1903.)

- Einen **Fall von beginnender P. agitans** bei einem 42jähr. Manne demonstriert Köster. Pat. ist seit 17 Jahren als Fahrer bei der Feuerwehr thätig, wo er beim Zügeln der muthigen Pferde besonders den rechten Arm täglich mehrere Stunden einer anstrengenden Zugwirkung aussetzen muss. Seit 1½ Jahr nun allmählich zunehmendes Zittern im rechten Arm, nur Nachts verschwindend, bei Aufregungen sich erheblich steigernd, durch gewollte Bewegungen vorübergehend abgeschwächt. Schmerzen und Spannungsgefühl fehlen völlig. Der rechte Arm des sonst gesunden, nicht hysterischen, von jedem Zeichen von Alkoholismus, Senilität, multipler Sklerose freien Pat. zeigt ein für P. durchaus charakteristisches Zittern (und besonders gut die Geldzählbewegung der Finger), das durch passive und auch intendirte Bewegungen stellenweise bis zum völligen

Verschwinden sich mildert. Es ist in hohem Grade wahrscheinlich, dass hier *die langjährige Ueberanstrengung des Armes die Ursache der P.* ist.

(Medicin. Gesellschaft zu Leipzig, 17. II. 1903. —  
Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 12.)

**Pertussis.** Dr. Schalenkamp (Crombach) behandelt seit 5 Jahren P. mit **Zinc. ferro-hydrocyanic.** (Merck), mit dem er sehr zufrieden ist. Er giebt das geruch- und geschmacklose, in Wasser und Alkohol nicht lösliche Pulver trocken, mit Sach. lact. gemischt, und zwar Kindern bis zu

|         |         |     |   |          |       |
|---------|---------|-----|---|----------|-------|
| 1 Jahr  | pro Tag | 1,2 | = | pro dosi | 0,3 g |
| 1½ "    | " "     | 1,6 | = | " "      | 0,4 " |
| 2 "     | " "     | 2,0 | = | " "      | 0,5 " |
| 2½ "    | " "     | 3,0 | = | " "      | 0,6 " |
| darüber | " "     | 3,6 | = | " "      | 0,9 " |

Das Mittel erwies sich als unschädlich, bewirkte in allen Fällen nach 10 Tagen schon auffallende Besserung, nach 3 Wochen Heilung.\*)

(Der Kinderarzt 1903 No. 1.)

— Mit **Aristochin** hat Dr. Norbert Swoboda (Prof. Frühwald's Kinderabtheilung, Wien), 68 Fälle von P. behandelt, die durch fieberhafte Erkrankungen nicht complicirt waren. Säuglinge erhielten als Tagesdosis 3mal soviel cg, als sie Monate zählten, grössere Kinder 3mal soviel dg, als sie Jahre zählten, doch wurde bei solchen im 11. und 12. Monat nie über 0,3 pro die, bei Kindern über 4 Jahren nur ausnahmsweise über 1,2 g hinausgegangen. Die Dauer der Behandlung betrug in der Regel 9 Tage. Durch 3 Tage wurde die volle Tagesdosis gegeben, dann durch 6 Tage die Hälfte. Ein 2jähr. Kind erhielt z. B. als volle Tagesdosis  $2 \times 0,3 = 0,6$  g durch 3 Tage, dann 6 Tage nur noch 0,3 pro die, und zwar stets gewöhnlich auf 3 Portionen vertheilt. So wurde das Präparat stets gut vertragen und machte keinerlei Nebenerscheinungen. Bei 50% der Fälle beeinflusste es den Verlauf der Krankheit günstig, brachte rasche Besserung und Heilung in einem Stadium, in welchem dies spontan oder bei anderer Therapie nicht einzutreten pflegt; in einzelnen Fällen wurde sogar ein Idealerfolg erzielt, indem da, wo P. schon im Stadium catarrhale erkannt wurde, es gar nicht zum Stadium convulsivum kam. Jedenfalls ging aus den Beobachtungen

\*) Allerdings gab Autor daneben *Pertussin.*

Ref.

hervor, dass die bei der Chininbehandlung der P. erzielten Erfolge mindestens ebensogut mit dem geschmacklosen und anscheinend von toxischen Nebenwirkungen freien Aristochin zu erzielen sind. Die Wirkung des Mittels zeigt sich aber in der Regel nur bei den zur Chininbehandlung geeigneten Fällen und lässt in vorgeschrittenem Stadium und bei den durch fieberhafte Erkrankungen complicirten Fällen häufig im Stich.

(Wiener klin. Wochenschrift 1908 No. 10.)

- **Paralyse, Aphasie, Erblindung im Verlaufe von P.** sah Dr. M. Turnowsky (Marosvásárhely). 2 $\frac{1}{2}$ jähr. Kind mit mittelstarker P. bekommt anfangs der 5. Woche täglich einige Minuten lang dauernde Schüttelfröste mit nachfolgenden Temperaturerhöhungen (bis 38,9°). In grossen Intervallen anfangs leises, später an Intensität und Dauer zunehmendes Zucken um die Mundwinkel und in der linken Gesichtsfläche. Am 3. Tage der 5. Woche plötzlich, aber nicht während eines Hustenanfalles oder unmittelbar nach einem solchen, allgemeine Convulsionen, collossaler Friesen-anfall von 8stündiger Dauer. Dann comatöser Zustand 3 Tage, darauf vollständige rechtsseitige Lähmung und Anaesthesie, linksseitige Oculomotorius- und Facialis-lähmung, Aphasie. Dieser Zustand einige Wochen, darauf Exitus. Vorher war noch Trübung der Hornhäute, centrale Perforation der einen mit Entleerung von Glaskörper und Linse eingetreten. — Autor hat in der Litteratur nur einen ähnlichen Fall finden können, von Leroux beschrieben. Auch hier halbseitige Lähmung der Extremitäten und Oculomotorius- und Facialislähmung der anderen Seite, auch hier nicht während oder unmittelbar nach einem Anfall auftretend; auch hier zog sich der Zustand unter Somnolenz und Apathie sehr in die Länge und endete nach Monaten tödtlich. Doch fehlte hier die Aphasie und die Theilnahme der Augen an der Erkrankung. Was letztere Complication anbelangt, so mag wohl der Zusammenhang folgender gewesen sein: Infolge der allgemeinen Infektionskrankheit Choroiditis, im Anschluss daran Imbibition der Hornhäute mit septischen Stoffen und Erweichung. Aphasie nach Convulsionen wurde schon mehrmals bei P. beobachtet, immer traten aber die Convulsionen plötzlich auf, unmittelbar nach einem heftigen Hustenanfalle, sodass man Haemorrhagieen annehmen durfte. Im obigen Falle ist wohl schwerlich davon die Rede, da die Erscheinungen nicht so apoplectiform auftraten, sondern unter Fiebererscheinungen.

sich in die Länge zogen. Da bei dem Kinde auch von tuberculöser oderluetischer Belastung keine Rede war, so muss man wohl an einen infolge directer Einwirkung des Keuchhustentoxins entstandenen infectiösen Entzündungs- resp. Erweichungsvorgang in der Gehirnsubstanz denken. Der Symptomencomplex (Lähmung der rechten Extremitäten, des linken Oculomotorius und Facialis, Aphasie) zwingt zur Annahme einer multiloculären Herderkrankung.

(Wiener med. Wochenschrift 1908 Nr. 7.)

**Rheumatismen. Mesotan** (aa mit Ol. Olivar.) hat Dr. Meyer (Bernstadt i. S.) bei Rh. mehrmals am Tage thee- bis esslöffelweise an die erkrankte Stelle einreiben lassen und dadurch sehr rasch die Schmerzen lindern und die Rh. zum Verschwinden bringen können. — Auch Dr. Th. Lohnstein (Berlin) hat das Mesotanöl wie auch das Mesotanpflaster namentlich bei Muskelrheumatismus vielfach angewandt und war mit den Resultaten recht zufrieden.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1903 No. 6)

— **Mesotan** wurde ferner in der Medicin. Univers.-Poliklinik in Leipzig geprüft, und berichtet Dr. A. Gröber, dass sich das Mittel bei einer Reihe von Fällen recht gut bewährte. Er kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Am meisten von den therapeutischen Eigenschaften des Mesotans tritt die derivirende (hautreizende) hervor.
2. Eine specifische Wirkung besteht, dieselbe ist die des Salicyls, aber sie ist schwächer.
3. Auf der Verbindung der überwiegenden hautreizenden und specifischen Salicylwirkung beruht der besondere Charakter des Mesotans gegenüber dem Salicylvasogen; dieses theilt sonst mit dem Mesotan viele Indicationen, aber hat geringere Salicylwirkung. Die Krankheiten, in welchen am häufigsten derartige Anzeigen auftreten, sind solche der Gelenke, der serösen Häute, vielleicht auch der Gefässe.

(Die Heilkunde, Februar 1903.)

— Die **Behandlung der Rh. durch äussere Anwendung von Salicylpräparaten** führte Dr. F. Zeigan (Auguste Victoria-Krankenhaus Berlin, Neu-Weissensee) durch, als ihm gleichzeitig 3 Präparate zur Prüfung übergeben wurden: das *Mesotan* der Firma Bayer & Co., Elberfeld (10 g

kosten 1 Mk.), das *Glycosal* der Firma E. Merck, Darmstadt (im Handel noch nicht erschienen) und das *Rheumasan*, Rheumasanfabrik, Berlin N. (50 g kosten 1 Mk.). Das *Mesotan* wurde mit gleichen Theilen Olivenöl gemischt zur Anwendung gebracht (Zusatz von 10 Tropfen Lavendelöl zu 100 g des Gemisches nehmen den etwas stechenden Geruch weg). Je nach Schwere des Falles wurden die erkrankten Parthieen mit 15—20 g des Präparates eingepinselt und dann mit unentfetteter Watte umwickelt. Bei Muskelrheumatismus, namentlich bei Lumbago, in sämtlichen Fällen sofortige Linderung der Schmerzen, nach 4—5 tägiger Anwendung vollkommenes Aufhören derselben. Während der ganzen Zeit der Behandlung im Urin starke Salicylreaction. Auch beim Gelenkrheumatismus acut schmerzlindernde Wirkung eclatant, die Krankheitserscheinungen wurden vollkommen zum Verschwinden gebracht. Auch Mesotanpflaster (Firma M. Hellwig, Berlin) bewährte sich ebenso gut bei Lumbago und rheumatoider Schmerzhaftigkeit der Muskeln und Gelenke ohne Temperatursteigerung; dass auch in dieser Form Salicyl vom Körper aufgenommen wird, lässt sich deutlich im Urinnachweisen. *Glycosal* (Mono-Salicylsäure-Glycerinester), ein weisses, vollkommen geruchloses Pulver, wurde in 20%iger alkohol. Lösung (unter Zusatz von 10—20 g Glycerin) angewandt, und zwar so, dass 50—100 g auf die erkrankten Parthieen gepinselt und letztere dann in Watte eingehüllt wurden (täglich). Im Durchschnitt 6 bis 8 Stunden nach der Pinselung zeigte der Urin deutliche Salicylreaction, die sich während der ganzen Zeit der Behandlung in gleicher Stärke nachweisen liess. Etwa 4—5 Stunden nach der Pinselung trat regelmässig sehr starker Schweiss auf, der  $\frac{1}{2}$ —2 Stunden anhielt. Die Schmerzen liessen allmählich und nicht so acut wie beim Mesotan nach. Hautreizungen oder schädliche Nebenwirkungen zeigten sich nie. Der Effect war ein sehr zufriedenstellender, selbst grosse Ergüsse in die Gelenke wurden in überraschend kurzer Zeit zum Schwinden gebracht. *Rheumasan*, eine eigenartige Salbenseife mit 10% Salicyl wurde zu 5—10 g 2—3mal täglich auf den erkrankten Parthieen verstrichen, die dann in unentfettete Watte eingehüllt wurden. Sofortige Linderung der Schmerzen, Muskelrheumatismen und Lumbago nach 4—5 Tagen gänzlich schmerzfrei. In mehr chronischen Fällen Massage mit Rheumasan, die sehr gut wirkte. In einem Fall von hartnäckiger Ischias z. B., die 9 Wochen jeder Behandlung

getrotzt, nach einwöchentlicher Rheumasan-Massage vollkommenes Freisein von Beschwerden. 2—3 Stunden nach Application des Mittels Schweiss, im Urin Salicylreaction. Auch mit Rheumasan konnte die Behandlung von selbst sehr schweren Fällen von Gelenkrheumatismus mit gutem Erfolge ohne innere Anwendung von Salicyl durchgeführt werden. Als therapeutische Momente kamen bei den drei Mitteln in Frage: Massage, Ableitung auf die Haut und Salicylwirkung: Die erstere wurde nur in wenigen Fällen mit Rheumasan in Anwendung gebracht, während alle drei Mittel gewöhnlich nur aufgepinselt resp. aufgestrichen wurden, sodass sie als wirkendes Agens nicht anzusehen ist. Die Hautreizung ist entschieden beim Mesotan und Rheumasan als mitwirkendes Agens zu betrachten, der acute Nachlass der Schmerzen ist wohl ihr zuzuschreiben. Glycosal wirkt nicht so prompt, macht aber auch keine Irritation der Haut. Die Reizerscheinungen auf der Haut sind aber bei Zusatz von Olivenöl zu Mesotan und bei der Anwendung von Rheumasan so gering, dass sie kaum eine Röthung der Haut hervorbringen und als einziges Symptom angenehmes Wärmegefühl und sofortiges Nachlassen der Schmerzen zeigen; nur ausnahmsweise wird die Hautreizung pathologisch. Auf diese Weise verbindet man die spezifische Salicylwirkung mit der der althergebrachten Liniemente und Pflaster. Denn dass der Salicylsäure der alleinige Einfluss auf die Heilung einzuräumen ist, dürfte selbst der skeptischste Beurtheiler nicht leugnen können. So kann man jetzt ganz gut dem Körper mit Umgehung des Magendarmtractus Salicyl einverleiben, oder, will man auch auf letzterem Wege ausserdem Salicyl zur Wirkung bringen, diese Dosen so gering bemessen, dass üble Folgen nicht eintreten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 12.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Einen kleinen Apparat\*), einen **Zangenschliesshalter** hat Dr. Diehl (Berneck) construiert. Derselbe ersetzt den senkrechten Druck und sichert den Zangenschluss bei Nachlassen der Extraction, ist dabei nicht so voluminös, wie das sonst benützte Handtuch, genirt daher gar nicht und ist rasch und sicher zu handhaben.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 4.)

\*) Gebr. Wilke, Plauen i. V.

- Ueber **Anwendung des Kolpeurynters in der Geburtshülfe** spricht Bollenhagen (Würzburg) und demonstriert eine von ihm zum Füllen des Ballons benützte Spritze, welche nach Art des Dieulafoy'schen Aspirationsapparates mit einem doppelt durchbohrten Hahn versehen ist und so eine wesentliche Vereinfachung der Füllung ermöglicht. In der Anwendung des Kolpeurynters zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt bieten sich gegenüber der nächstgebräuchlichen Krause'schen Methode grosse Vortheile. Die Dauer der Geburt wird wesentlich abgekürzt; infolgedessen nimmt die Zahl der inneren Untersuchungen und sonstigen Manipulationen ab und damit auch die Zahl der fieberhaften Wochenbetten. Der Procentsatz der lebend entlassenen Kinder ist grösser, als bei der Krause'schen Methode, trotzdem die Zahl der spontanen Geburten in Schädellage bei der Hystereuryse abnimmt. Als praktisch richtig hat sich erwiesen, nach Ausstossung des Ballons sofort Wendung und Extraction vorzunehmen und nicht etwa durch weiteres Zuwarten die Chancen für Mutter und Kind zu verschlechtern. Angesichts der in jeder Beziehung überlegenen Resultate ist daher auch eine ganze Reihe von Autoren von der Bougie zum Kolpeurynter übergegangen. In der Behandlung der Placenta praevia ist zu betonen, dass nicht in jedem Falle nach Stellung der Diagnose der Ballon anzuwenden ist, da oft doch die Blutung zum Stehen kommt und die Geburt nicht eintritt, und da in einer Reihe von Fällen der einfache Blasensprung eine durchaus genügende Behandlung ist. Der Ballon kommt in Betracht nur da, wo ein grosser Placentatheil vorliegt, resp. die Blutung sehr stark ist; stets ist er in die eröffnete Eihöhle einzuführen und nicht etwa in den Cervicalcanal unter die blutende Fläche der Placenta zu legen. Vor der concurrirenden combinirten Wendung nach Braxton Hicks hat die Hystereuryse den Vorzug der Entbehrlichkeit der Narkose und der leichteren Ausführung; auch scheint die Mortalität der Kinder, die nach frühzeitiger Wendung eine sehr hohe ist, hier geringer zu sein. Die bisher erzielten Resultate, nach denen bei Hystereuryse gerade soviel Kinder lebend als bei Braxton Hicks todt geboren werden, sind freilich nicht ganz eindeutig, da eine Reihe von Autoren alle, also auch leichte Fälle mit dem Ballon behandelt, während die Wendung immer nur für die schweren Fälle reservirt ist. Der Ballon ist warm zu empfehlen, aber vor übertriebenem Optimismus zu warnen, indem die bisher veröffentlichten Resultate im



wesentlichen aus Kliniken stammen, jedenfalls durch Aerzte erzielt sind, die in der intrauterinen Therapie geübt sind. Letztere muss auch der Arzt beherrschen, der den Ballon anwenden will, wenn auch zweifellos die Hystereuryse bedeutend leichter ist, als viele andere geburtshülfliche Eingriffe.

(Fränk. Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gynaek. 31. I. 1903. —  
(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 12.)

- Die **Kolpeuryse bei Incarceratio uteri gravidæ retroflexi** empfiehlt warm Dr. Walter Albert (k. Frauenklinik in Dresden); bis jetzt wurden alle von ihm so behandelten Frauen (5), auch bei schwerer und lange bestehender Incarceratio, ohne die geringsten Beschwerden von ihrem Leiden befreit und geheilt durch diese Methode, die zudem ausserordentlich einfach ist. Es ist keineswegs nöthig, ausser Katheterisation der Harnblase und, wenn möglich, Entleerung des Darmes, irgend etwas anderes vorher vorzunehmen; also auch energische Repositionsversuche, sowie Herabziehen der Portio mit Haken oder Zangen ist zu unterlassen. Ein gewöhnlicher Braun'scher Kolpeurynter mittlerer Grösse wird zusammengefaltet in die Vagina eingeführt, und zwar zwischen Uterus und Beckenboden, und mit abgekochtem oder desinficirtem Wasser langsam aufgespritzt. Zunächst werden wohl immer 300—400 ccm genügen; ist das nicht der Fall, so kann man nach  $\frac{1}{2}$ —1 Stunde noch mehr Flüssigkeit nachfüllen, jedenfalls sind selbst bei sehr weiter Scheide und schlaffem Beckenboden nie mehr als 600 ccm erforderlich gewesen. Der Uterus wird dadurch sanft und fest in seiner ganzen Ausdehnung angefasst und wie auf einem Wasserkissen in die Höhe gehoben. Wie lange der Kolpeurynter zu liegen hat, lässt sich schwer angeben: dass aber dem Kolpeurynter die Reposition schnell gelingen kann, ging aus einer Beobachtung hervor, wo der Uterus bereits seit beinahe drei Wochen Incarcerationserscheinungen gemacht hatte und schon nach 2 Stunden aus dem kleinen Becken herausgehoben war. Trotzdem liess Autor den Kolpeurynter meist über Nacht liegen, zumal er nicht die geringsten Beschwerden verursacht. Die Nachbehandlung richtet sich nach der Zeit der Schwangerschaft: bis zum Ende des 4. Monats Einlegen eines passenden Pessars; in späterer Zeit ist dies meist unnöthig, Seiten- oder Bauchlagerung und häufige Entleerung der Harnblase dürfte vor Recidiven schützen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 Nr. 12.)

— In einem Vortrage „Zur **Behandlung des Puerperalfiebers**“ fasst Prof. O. v. Herff seine Erfahrungen und Ansichten in folgende Sätze zusammen:

1. Im allgemeinen ist bei Puerperalfieber eine locale Behandlung zu unterlassen. In einzelnen speciellen Fällen kann gleich zu Beginn des Fiebers eine intrauterine Ausspülung, die wiederholt werden kann, gerechtfertigt werden. Tritt nach einigen Stunden keine eclatante Besserung ein, so nützen solche Ausspülungen nichts, sondern sie schaden, und sind daher zu unterlassen.
2. Eine Ausschabung der Uterushöhle, um die erkrankte Schleimhaut zu entfernen, ist zu verwerfen.
3. Die Serumtherapie mit Antistreptokokkenserum zeigt einzelne Erfolge. Im allgemeinen ist aber kein Verlass darauf.
4. Ob eine intravenöse Anwendung des Collargol Erfolge zeitigen kann, steht noch aus.
5. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist eine ausgiebige Immobilisation des Körpers.
6. Die Involution des Uterus ist möglichst zu befördern.
7. In der Kostordnung schwer Septischer ist der Alkohol in grösseren Mengen zu verwerfen. Der Ernährung ist die grösste Aufmerksamkeit zu widmen.
8. Zur Stärkung der Herzthätigkeit empfiehlt sich ausser der Anwendung von bekannten Herzmitteln vielleicht die frühzeitige Darreichung von Strychnin in refracta dosi.
9. Antipyretica sind nur ganz ausnahmsweise angezeigt, wohl aber in chronischen Fällen eine Thermotherapie unter Weglassen der Bäder.

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1903. No. 2.)

— Zur **Casuistik der Collargolbehandlung** berichtet Dr. Jaenicke (Apolda) von einem Falle von *septischer Parametritis* nach einer schweren Entbindung. Die Situation war eine äusserst ernste geworden, die Frau wurde schon als verloren betrachtet. Da spritzte Autor 8 ccm einer 1%igen Lösung des Argent. colloid. Credé in eine oberflächliche Vene des einen Armes. Der Erfolg war geradezu frappant. 36 Stunden später war die Pat. fieberfrei und binnen 4½ Tagen das kindskopfgrosse Exsudat verschwunden!

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 6.)

**Tuberculose.** Dr. H. Frey (Davos) empfiehlt **Kalagua**, einen seit mehreren Jahren in den Handel gebrachten Extract der in Columbien heimischen Pflanze Theobroma Kalagua, die bereits von belgischen und amerikanischen Aerzten als vorzügliches Mittel gegen consumptive Krankheiten, speciell T. bezeichnet worden ist. Autor, der seit 3 Jahren Kalagua vielfach anwendete, kann dies bestätigen. Rasche Steigerung des Appetits, Zunahme des Gewichts und Hebung der Lebensenergie stellten sich zuerst ein. Verschwinden der Nachtschweisse, besserer Schlaf, Nachlassen des Reizhustens folgen bald nach. Mehrfach wurde der Auswurf in den ersten 8 Tagen viel reichlicher, veränderte allmählich seinen Charakter, wurde flüssiger und begann dann von der 3. Woche an abzunehmen; in einzelnen Fällen verschwand er vollkommen. Hand in Hand damit besserte sich auch der objective Lungenbefund unzweifelhaft. Kalagua ist ein mächtiges Stimulans für die Verdauung und Assimilation und mehr denn irgend ein anderes Mittel imstande, den Kräftezustand zu heben, und dadurch hat es auch seine volle Berechtigung in der Tuberculose-Therapie. Ungünstige Nebenwirkungen traten nie auf, das Mittel wurde stets gern genommen und gut vertragen. Leider macht der noch etwas hohe Preis den allgemeineren Gebrauch zur Unmöglichkeit.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1903. No. 3)

— **Thiocol bei Lungenbacillose** empfiehlt warm Dr. L. Friedmann und berichtet von den Resultaten, die auf der Klinik von Prof. Maldarescu damit bei Phthisen erzielt wurden. Das Präparat erwies sich zunächst als völlig unschädlich und konnte selbst in grossen Dosen längere Zeit hindurch gereicht werden. Diese Unschädlichkeit neben der Wasserlöslichkeit und Geruchlosigkeit lässt den Schluss berechtigt erscheinen, dass Thiocol vor allen Kreosot- resp. Guajacolpräparaten den Vorzug verdient. Ausserdem wohnt ihm eine specifisch antituberculöse Wirkung inne; fast in allen Fällen war erhebliche Besserung des Appetits, Zunahme des Körpergewichts, Abnahme des Hustens und Auswurfs. Schwinden des Fiebers und Schweisses, sowie Besserung der physikalischen Erscheinungen nachweisbar. Auch bei tuberculösen Affectionen der Pleura, des Larynx etc. ist Thiocol angezeigt.

(Inaug.-Dissert. Bucarest.)

— **Pneumin**, das neue Kreosotpräparat (ein Gemenge von Methylenverbindungen der im Buchenholztheer vorkommenden Phenole.

wie Guajacol, Kresol, Methylkresol mit Xylenol) hat Dr. J. Margoniner (Berlin) bei etwa 30 Phthisikern angewandt und recht gute Resultate erzielt, besonders in den Anfangsstadien. Pneumin zeichnet sich durch Mangel des Geruches und des Geschmacks, sowie der üblen Einwirkungen auf den Magen aus, ferner durch Ungiftigkeit, sodass man es als Schachtelpulver ordinieren kann; man lässt 3mal tägl. 1 Messerspitze trocken nehmen und kommt so mit 10 g (kosten in scatula Mk. 1,15) 5—7 Tage aus.

(Therap. Monatshefte, Februar 1903.)

— **Ichthalbin** hat Dr. J. Marcuse (Mannheim) bei *Phthisikern und scrophulösen, anaemischen Kindern* mit bestem Erfolge angewandt. In allen Fällen (8) von T. trat bei völligem Darniederliegen des Appetits nach wenigen Dosen auffallende Hebung desselben ein, Allgemeinbefinden und Körpergewicht besserten sich wesentlich (Gewichtssteigerungen von durchschnittlich  $1\frac{1}{2}$ —2 kg in 4 Wochen). Ebenso bei 4 Fällen infantiler Scrophulose bei stark heruntergekommenen Kindern. Aussehen und Allgemeinzustand besserten sich sichtlich, das Körpergewicht nahm 3mal innerhalb 4 Wochen um 950—1000 g, 1mal um 1500 g zu, hauptsächlich wohl infolge Steigerung des Appetits. Man giebt Erwachsenen 0,5—1,0 g 3mal täglich (am billigsten 10,0—20,0 als Schachtelpulver; 10 g = Mk. 1,20), Säuglingen 3mal tägl. 0,1—0,3 in Schleimsnuppe. Bei Kindern ist es oft zweckmässig,  $\frac{1}{8}$  Pfd. Tafelchocolade zu zerreiben und 15 g Ichthalbin zuzumischen; davon giebt man 3mal tägl. einen abgestrichenen Theelöffel, sodass die Gesamtmenge in 8—10 Tagen aufgebraucht wird.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1903.)

### **Uraemie. Einen durch Aderlass günstig beeinflussten Fall**

publicirt H. Weil (v. Jaksch' Klinik in Prag). Aus zahlreichen Publicationen hat sich ja ergeben, dass der Aderlass gerade bei U. als souveränes Mittel anzusehen ist. Allerdings ging nur daraus hervor, dass der exquisite Rückgang der uraemischen Erscheinungen nach dem Aderlasse und weiters reichliche Diurese, sowie bisweilen intensive Schweisssecretion und Verminderung des Eiweissgehaltes im Harne fast nur bei U. infolge acuter Nephritis und bei acuten Exacerbationen leichterer subacuter Formen auftritt, wogegen der Aderlass bei U. infolge chron. Nephritis in der Regel nur vorübergehend günstige Erfolge

zu verzeichnen hat. Dass nun die *Venaesection* auch bei *chron. Nephritis* einen nicht zu unterschätzenden therapeutischen Werth besitzt, bewies der Weil'sche, eine 52jähr. Frau betreffende Fall, die comatös und überhaupt in sehr desolatem Zustande aufgenommen wurde. Die Untersuchung ergab, dass es sich um *U. bei durch Diabetes mellitus complicirter chron. Nephritis* handelte. *Venaesection*. Am dritten Tage darauf verschwanden die schweren Erscheinungen. Dass dies nicht prompter eintrat, lag hier an den die *U.* bedingenden Affectionen, immerhin wurde doch Rückgang der schweren Symptome erzielt, und zwar sicherlich durch den Aderlass, was ja auch theoretisch ganz plausibel erscheint, wenn man annimmt, dass mit der Blutentziehung der durch die *U.* auftretende allgemeine Vasoconstrictorenkrampf und demnach auch der Krampf der Nierengefässe behoben wird. Hat der bis zum Aderlasse herrschende Nierengefässkrampf eine reichlichere Harnabsonderung unmöglich gemacht und durch Anhäufung der auf diesem Wege retinirten giftigen Harnsubstanzen im Körper und zumal im centralen Nervensystem die uraemischen Symptome ausgelöst, so wird, wenn die Gefässe nach dem Aderlasse erschlaffen, durch die nunmehr reichliche Diurese die *Materia peccans* soweit aus dem Körper entfernt, dass die so empfindlichen Elemente der nervösen Centralorgane von dem Reize der retinirten Substanzen befreit werden. Daraus folgt aber die Berechtigung und zugleich die Nothwendigkeit, die *Venaesection* nicht nur bei *U.* infolge acuter und subacuter Nephritis anzuwenden, sondern auch bei solcher infolge chron. Nephritis, wo wenigstens die Möglichkeit einer längere Zeit anhaltenden Heilung dadurch in Aussicht steht.

(Prager med. Wochenschrift 1903 Nr. 3.)

- Einen **Fall von uraemischer Amaurose** beschreibt Stabsarzt W. Hauenschild (Nürnberg). Sehr kräftiger, nie vorher krank gewesener Soldat meldete sich am 14. I. 1902 krank, nachdem sich seit 2 Tagen aus unbekannter Ursache allgemeine Mattigkeit, Erbrechen, später Schwellung des Scrotum und der Augenlider eingestellt hatten; im Urin reichlich Eiweiss. Urin am 15. I. betrug 3600 ccm mit 8 prom. Eiweissgehalt, specif. Gewicht 1014, ging dann bei verhältnissmässigem Wohlbefinden langsam bis zum 18. auf 3000 ccm und 6 prom. Eiweiss zurück, im Sediment Nierenepithelien, Epithelcylinder und weisse Blutkörperchen. Am 19. gegen Abend schwerer uraemischer

Anfall, Urin wurde ins Bett entleert. Am 20. früh leidliches Befinden, Pat. noch etwas benommen, schlief viel; Urin 2600 ccm, plötzlich Nachmittags gegen 4—5 Uhr bemerkte Pat., aus dem Schlafe erwachend, dass alles dunkel war. Genauere Untersuchung ergab vollkommene Amaurose. Dieselbe blieb Nachts über bestehen und erst am 21. früh gegen 10 Uhr bemerkte Pat., als er längere Zeit die Augen geschlossen hatte, dass sich das Sehvermögen wieder hergestellt hatte; die Sehprüfung ergab volle Sehschärfe. Am 21. Urin 2600 ccm mit 5,5 prom. Eiweiss, im Sediment mässige Menge hyaliner Cylinder und zahlreiche weisse Blutkörperchen. In den folgenden Tagen nahm die Diurese stetig und schnell ab, am 27. betrug sie nur noch 100 ccm, am 28. gar 50 ccm, am 30. Exitus. Der ophthalmoskopische Befund war während der ganzen Erkrankung, insbesondere während der Amaurose unverändert normal geblieben. Letztere trat hier einen Tag nach einem uraemischen Anfalle auf, wie denn fast nie schwere Hirnsymptome oder längere comatöse Zustände als Vorläufer zu fehlen pflegen. Während der Amaurose fühlte sich allerdings Pat. vollkommen wohl, es bestand weder Kopfschmerz, noch Schwindel, noch Uebelkeit. Die Erblindung setzte, soweit es bei dem somnolenten Kranken festzustellen war, wie fast in allen Fällen, plötzlich auf beiden Augen ein, sie war, wie fast stets, eine vorübergehende, die zwischen 12 und 24 Stunden, hier ca. 18 dauerte. Die Pupillarreaction war erhalten, was darauf hinweist, dass der Sehnerv selbst nicht pathologisch verändert sein konnte.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 4.)

- Einen casuistischen **Beitrag zur uraemischen Amaurose** liefert auch Dr. Roscher (Regensburg). 18 jähriger, kräftiger Gymnasiast hatte sich anlässlich eines Ausfluges einer heftigen Erkältung und Durchnässung ausgesetzt und erkrankte 2 Tage darauf an schwerer haemorrhagischer Nephritis. Am Abend des 2. Tages nach Beginn der Erkrankung gab er, bei völligem Fehlen sonstiger uraemischer Symptome, an, auf beiden Augen nichts mehr zu sehen. Sensorium nur leicht benommen, Pupillen völlig erweitert, reactionslos, Augenhintergrund normal, Sehvermögen beiderseits = 0. Unmittelbar nach der Augenuntersuchung traten die ersten deutlichen uraemischen Krämpfe auf, rasch an Heftigkeit zunehmend. Noch in derselben Nacht Exitus letalis. Hier war also die Amœu

rose den uraemischen Krämpfen um einige Stunden vorausgegangen, auch waren hier die Pupillen weit und ohne jede Reaction. Beides, das frühzeitige Auftreten der Amaurose und das Fehlen der Pupillarreaction, war von vornherein prognostisch sehr ungünstig und liess eine besondere Heftigkeit des Krankheitsprocesses befürchten.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 9.)

### **Vitia cordis. Klinische Beobachtungen über Agurin** theilt

jetzt auch Dr. F. Montag (Medicin. Klinik Jena) mit und beschreibt 11 Fälle, die mit dem Mittel behandelt wurden, das sich überall als gutes Diureticum bewährte. „Und wenn wir auch zugeben müssen, dass das Diuretin denselben diuretischen Effect haben kann, und dass bei manchen Fällen die Digitalis dieselben und bisweilen bessere diuretische Wirkung erzielt, so müssen wir doch dem Agurin deswegen den Vorzug geben, weil ihm die Wirkung der Digitalis auf die Circulation und die schädlichen Nebenwirkungen des Diuretins fehlen, es also bedeutend länger als diese beiden Mittel angewandt werden kann. Denn in den angeführten Fällen wurde es zum Theil recht lange verabreicht, aber stets ohne irgend welche Beschwerden gut vertragen, abgesehen von den leichten Durchfällen bei Fall I.“ Agurin bewährt sich am meisten bei den durch Herzerkrankungen bedingten Hydropsieen, dann bei den mit Ergüssen einhergehenden Fällen von *Pleuritis* und *Pericarditis*.

(Die Therapie der Gegenwart, Februar 1903.)

— **Theocin** hat Dr. J. Meinertz (Städt. Krankenhaus Charlottenburg) als Diureticum in 23 Fällen benützt. Das Mittel hatte auch in der Mehrzahl der Fälle einen bemerkenswerthen Einfluss auf die Diurese. Die Urinmenge wuchs meistens sofort beträchtlich an, oft aufs Doppelte, zuweilen aufs 4—5fache. Dabei war die Wirkung niemals nachhaltig, sondern hörte nach einigen Tagen, spätestens nach einer Woche auf, sodass eine weitere Verabreichung zwecklos gewesen wäre. Dennoch scheint keine dauernde Gewöhnung des Körpers an das Mittel einzutreten. Die Wirkung des Theocins war am ausgeprägtesten bei Veränderungen am Herzen und den grossen Gefässen, zeigte sich aber auch bei *Pleuritis* und *Nierenkrankheiten*; dagegen beeinträchtigen Schädigungen der Nierenepithelien die Wirkung mehr oder weniger. Meist nahmen die Pat.

3 mal täglich 0,25. Als unangenehme Nebenwirkungen traten bei manchen Pat. Störung des Appetits, Uebelkeit, auch mitunter Erbrechen ein; diese Symptome bleiben eher aus, wenn man statt des Pulvers Tabletten ordinirt. Jedenfalls kann Theocin, das sich auch durch Billigkeit auszeichnet, als Bereicherung unseres Arzneischatzes betrachtet werden.

(Therap. Monatshefte 1908 No. 2.)

- **Bemerkungen über die Wirkung des Theocin** macht Prof. Dr. Herm. Schlesinger (Wien), nachdem er damit über 40 Fälle behandelt hat, meist Pat. mit *Herzfehlern* oder *Herzmuskelerkrankungen* mit allgemeinen Oedemen, dann mit *Arteriosklerose* und *Nephritis*, vereinzelt auch mit entzündlichen Ergüssen (Pleuritis, Peritonitis). Die diuretische Wirkung des Theocin bei Oedemen cardialen Ursprungs ist eine überaus zuverlässige; sie lässt nur ganz selten im Stich. In der Regel war bereits in den ersten 24 Stunden eine bedeutende Steigerung der Diurese eingetreten, welche am folgenden Tage noch eine weitere Erhöhung erfuhr, noch 1—3 Tage stark blieb und dann wieder allmählich abklang. Fast immer waren aber mit dem Rückgange der Diurese auch schon die Oedeme verschwunden. Unter den Hydropischen befanden sich Pat., bei welchen alle möglichen anderen internen Medicationen angeblich gegeben worden waren, und bei denen ein Rückgang der Oedeme auf innere Mittel schon sehr unwahrscheinlich geworden war. Die Diuresen waren oft ganz beträchtliche, einmal über 6 Liter in 24 Stunden, wiederholt über 4 Liter; Diuresen von über 3 l pro die gehörten bei cardialen Hydrops zu den gewöhnlichen Vorkommnissen. Auch bei Flüssigkeitsansammlungen infolge von Nierenaffectionen war gleich prompte diuretische Wirkung zu constatiren, so in mehreren Fällen von subacutem Morbus Brightii und Ren granularis; die Eiweissausscheidung wurde nicht ungünstig beeinflusst. Weniger günstig lauten die Erfahrungen bei Ergüssen entzündlicher Art in Pleura und Peritoneum, sowie bei Lebercirrhose. Von unangenehmen Nebenwirkungen hatten die Pat. nur öfters Kopfschmerz, selten Brechreiz und Durchfall. Plötzlich kamen 2 Fälle zur Beobachtung, welche das Theocin als ein durchaus nicht so harmloses Mittel zeigten. Ein Pat. mit universellem Hydrops (Vitium cordis ohne Nierenkrankung) bekam am 2. Tage der Darreichung ( $5 \times 0,2$  g pro die, also noch nicht ganz 2 g in 48 Stunden) allgemeine epileptische Convulsionen, die nach Aussetzung des



Mittels nachliessen. Ebenso ein anderer Pat. nach Gebrauch von  $5 \times 0,2$  g, bei dem nach Aussetzen des Mittels ebenfalls die Krämpfe fortblieben. Die Convulsionen mussten durch Theocin hervorgerufen sein und machte Autor deshalb von dem Präparat keinen Gebrauch mehr. Als aber dasselbe wieder gerühmt wurde, begann er wieder, es zu benützen, versuchte aber, gleichzeitig mit Theocin ein Präparat zu geben, welches die erregenden Wirkungen mildern, aber die diuretischen nicht beeinflussen sollte. Letzteres war leider bei gleichzeitiger Anwendung von Brom oder Narcoticis der Fall, und griff Autor dann versuchsweise zu Adonis vernalis und verordnete:

Rp. Inf. Adonid. vernal 5,0 : 180,0  
 Theocin. 0,6(—1,0)  
 Syr. simpl. 20,0  
 S. In 24 Stunden zu verbrauchen,  
 oder:

Rp. Herb. Adonid. vernal. Dialysat Golaz. 2.0  
 Aq. dest. 180,0  
 Theocin. 0,6(—1,0)  
 Syr. Cort. aur. 20,0  
 S. In 24 Stunden zu verbrauchen.

Bis jetzt — Autor hat so etwa 20 Fälle behandelt — war der Erfolg ein durchaus befriedigender. Die diuretische Wirkung des Theocin ist bei dieser Combination nicht vermindert, Krämpfe sind nicht vorgekommen, ja es scheint, als ob Kopfschmerzen und Brechreiz seltener auftreten, als bei Anwendung des Theocin allein. Jedenfalls ist Theocin als sehr werthvolles und mächtiges Diureticum zu bezeichnen, auf dessen Anwendung trotz seiner krampferregenden Eigenschaften nicht verzichtet werden soll, da es mitunter noch diuretische Eigenschaften entfaltet, wenn jede andere Medication versagt. Nur soll man sich bewusst sein, dass es ein heroisches Mittel ist, das zusammen mit Adonis vernalis verschrieben werden soll.

(Die Therapie der Gegenwart, März 1903.)

— **Theocin** wurde, wie Dr. C. Doering berichtet, auch im städt. Krankenhaus am Urban (Berlin) angewandt, und zwar bei 20 Pat. meist mit V. und Herzentartung, zum Theil auch bei Nephritikern. Man lernte im Theocin ein Mittel kennen, das in verhältnissmässig kleinen Tagesdosen (0,5—0,9) ebenso gute, vielfach aber bessere Wirkung hat, als Diuretin in weit grösseren Dosen. Dabei setzt die

Wirkung schon am 1. Tage ein, meist mit der grössten Diurese. Andererseits hört die Wirkung meist schon am Tage nach Aussetzen des Mittels auf, ja das Mittel versagt allmählich ganz, wenn es lange Zeit hintereinander gegeben wird. Der anscheinend grosse Nachtheil wird zum Theil dadurch verringert, dass bei der stärkeren Wirksamkeit des Mittels die Gesamtturinmenge gewöhnlich doch noch grösser ist, als wenn dauernd z. B. Diuretin gegeben wird. Theocin wurde als Pulver in Oblaten ordinirt oder in Wasser (2,5—3,0 : 150,0 dreimal tägl. 1 Esslöffel). Die Tagesdosis betrug 0,5—1,2, zuletzt 0,75, womit ebensoviel erreicht wurde, als mit 1,2 g. Am besten wurde das Mittel in Oblaten vertragen, nicht auf nüchternen Magen gereicht; wo Neigung zum Erbrechen, gebe man lieber öfters kleinere Dosen (0,15 g). Zweimal trat leichte Einwirkung auf das Nervensystem ein. „Kurz zusammengefasst haben wir also im Theocin ein Mittel, das schneller und stärker auf die Diurese wirkt, als die bisher bekannten Diuretica, besonders das Theobromin. Ein voller Ersatz für dieses Mittel ist es aber nicht, da seine Wirkung weit weniger nachhaltig ist und bei längerem Gebrauch meist sehr schnell aufhört. Auch für Coffein ist es kein voller Ersatz, da ihm eine Wirkung auf das Herz nicht zukommt. Hauptsächlich indicirt erscheint es da, wo es sich darum handelt, einen grossen Hydrops schnell zu beseitigen. Und hier dürfte es sich einen Platz unter unseren Arzneimitteln erwerben.“

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 9.)

---

## Vermischtes.

- Ueber die Verwendung des Wasserstoffsuperoxyds in der ärztlichen Praxis lässt sich Dr. Mankiewicz aus, indem er sich auf die Angaben aus der Litteratur und eigene Erfahrungen stützt. Seitdem von Merck ein tadelloses Präparat hergestellt wird, steht der Verwendung des als sehr wirksam erkannten Mittels nichts entgegen. Fügt man zu 1 Theil Präparat Merck 29 Theile Wasser, so hat man 1%ige Lösung, 1 Theil Präparat Merck zu 9 Theilen Wasser giebt 3%ige Lösung (stärkere sind nur ausnahmsweise erforderlich); am besten nimmt man frisch abgekochtes,

destillirtes Wasser oder physiol. Kochsalzlösung, doch genügt im Nothfall auch gekochtes oder ungekochtes Brunnenwasser, da das Wasserstoffsuperoxyd die Entwicklung der Bakterien sofort hemmt. Bringt man Wasserstoffsuperoxyd mit Blut zusammen, so zersetzt sich dasselbe unter lebhafter Schaumbildung augenblicklich, das Blut gerinnt. Auch Eiter führt augenblicklich zu dieser Zersetzung des  $H_2O_2$ . Diese Verschäumung der Wundsecrete und somit die mechanische Beseitigung derselben sammt ihrem Gehalt an Bakterien, Blut, Eiter u. s. w. ist auch das wichtigste Moment bei dem thatsächlichen Effect, den man mit  $H_2O_2$  bei der *Wundbehandlung* erzielt; sei es dass es sich um *frische Wunden* handelt, sei es dass man mit *eitrigen* zu thun hat, man benützt  $H_2O_2$  mit bestem Erfolge, ebenso bei schweren *septischen und chronischen Eiterungen* (complicirten Fracturen, Abscessen u. dgl.). Autor hat es auch bei einigen Fällen von *gonorrhöischer Endometritis* zum Ausreiben des Uterus und zu dessen Tamponade mit ausgezeichnetem Erfolge benützt (3%ige Lösung). In 2 Fällen von *Endometritis membranacea* mit starken Blutungen wurde Jodoformgazetamponade nicht vertragen; 3—6malige Tamponade mit in 2%ige Lösung von  $H_2O_2$  eingetauchter Gaze nach vorherigem Ausreiben mit 3%iger Lösung beseitigten Blutungen und Ausfluss völlig. Bei *Diphtherie* werden Pinselungen angewandt, wobei besonders sinnfällig die Eigenschaft des  $H_2O_2$  wird, nekrotische Membranen zu zerstören; diese Eigenschaft empfiehlt die Pinselung neben Anwendung des Heilserums. Bei anderen *Erkrankungen des Mundes* (Soor, Angina, Alveolarperiostitis) ist es als Spülung und Gurgelung von bester Wirkung, und zwar 1 Kaffeelöffel des vom Medicin. Waarenhause (Berlin) in den Verkehr gebrachten 3%  $H_2O_2$ , *Katharol* auf 1 Glas (200 ccm) Wasser; *Katharol* enthält Säure und ist deshalb für Wunden nicht zu gebrauchen. *Syphilitische Ulcerationen* an Zunge, Mund, Rachen heilen bei täglich 1maliger Betupfung mit 10%iger Lösung von  $H_2O_2$  viel rascher als bei Behandlung mit Acid. chromic. oder Argent. nitr., wovon sich Autor vielfach überzeigte. *Ulcer molli* betupft er 2—3mal mit der 30%igen Lösung und giebt ein indifferentes Streupulver (Dermatol) darauf; nach spätestens 3 Tagen sind aus den schmierigen Geschwüren frisch granulirende Stellen geworden. Dabei erwies sich  $H_2O_2$  auch als das beste *Desodorisans*, das selbst nicht riecht. Bei *jauchenden Empyemen, stinkenden Ulcerationen, Gangraen* etc. schafft es rasch den Geruch weg, sobald die Verbände häufig

(4—6stündlich) erneuert werden. Es handelt sich bei der Wirkung des  $H_2O_2$  als Desodorisans sicher weder allein um eine antibakterielle Wirkung, noch um einen rein mechanischen Effect der Reinigung der Wunde, da z. B. bei Zugiessen zu stinkendem Harn oder foetidem Sputum ebenfalls der Geruch sofort aufhört, sodass wohl dem  $H_2O_2$  eine specifisch desodorisirende Wirkung Fäulnisproducten gegenüber zukommt. Aber auch als *Haemostaticum* wirkt  $H_2O_2$  vorzüglich, und ist als solches besonders in der kleinen Chirurgie, bei parenchymatösen Blutungen, bestens am Platze. Bei der Entfernung von Nasenpolypen ist es beinahe unersetzlich; sowie die getränkte Watte die blutende Stelle berührt, entsteht leicht entfernbare Schaum und die Blutung steht. Bei einer schweren Nasenblutung bei einem Nephritiker brachte kürzlich der mit  $H_2O_2$  getränkte Tampon die Blutung sofort zum Stehen, nachdem lange Bemühungen mit trockener Tamponade vergeblich gewesen waren. Auch bei Zahnfleischblutungen wirkt es vortrefflich. Ferner muss noch in Bezug auf die mechanische Wirkung des  $H_2O_2$  auf Wunden betont werden, dass es rasch und schmerzlos an Wunden festgebackene Verbandstücke löst. Die bleichende Eigenschaft des  $H_2O_2$  wird zur Haarfärbung benützt. *Sommersprossen* werden durch feuchte Umschläge (2mal täglich je 30 Minuten 3%ige Lösung, nachher Lanolin) zum Verschwinden gebracht. Ferner ist  $H_2O_2$  ein werthvolles *Antidot bei Vergiftung mit Blausäure und Cyankalium*. Endlich ist es ein geradezu souveränes *Reinigungsmittel für Instrumente* aus Stahl, Eisen, Glas: Blut, Eiter, Secrete etc. sind mit nichts so leicht, wie mit dem mit  $H_2O_2$  angefeuchteten Tupfer, welcher unter Schaumbildung alle organischen Substanzen entfernt, abzureiben, bevor das Instrument zur Reinigung mit Seife und in den Kochtopf wandert. Autor schliesst: „Wir besitzen in dem chemisch reinen, säurefreien Wasserstoffsuperoxyd Merck ein vorzügliches Desinfectionsmittel, welches infolge seiner chemischen Eigenschaften die Wunden von Blut, Eiter und Secreten reinigt, nekrotische Gewebstheile und Membranen zum raschen Abstossen bringt und die Granulationsbildung energisch fördert. Es stillt parenchymatöse Blutungen und ist das beste bekannte Desodorisans. Es bleicht und beseitigt Haare\*) und bringt Sommersprossen zum Verschwinden.

\*) Nach Gallois kann man durch Umschläge mit in  $H_2O_2$  getränkter Watte täglich kurze Zeit Epilation erzielen, allerdings ist das Verfahren immer wieder zu wiederholen, da die Wurzeln bleiben, daher die Haare nachwachsen.

Es ist das einzig wirksame Gegengift gegen Blausäurepräparate. Es löst angebackene und verklebte Verbandstoffe durch Sauerstoffentwicklung rein mechanisch und schmerzlos von den Geweben, ohne die letzteren irgendwie zu alteriren. Schliesslich ist es ein vorzügliches Reinigungsmittel für Instrumente und wirkt auf alle Bakterien entwicklungshemmend ein."

(Allgem. med. Central-Ztg. 1903 No. 10.)

- Ueber **Borsäure und Borax als Mundwasser** lässt sich Prof. Liebreich aus. Es wurde in neuerer Zeit über einzelne Fälle berichtet, wo Mundspülungen mit Borsäure eine Schädigung hervorgerufen haben sollen. Das wird wohl daher gekommen sein, dass *destillirtes* Wasser benützt worden ist, das ein Reizmittel ist und das Epithel schädigt; Flimmerepithel geht schon bei kurzer Berührung mit destillirtem Wasser zu Grunde, während ganz verdünnte Kochsalzlösung nicht schädlich wirkt. Man wähle überhaupt lieber nicht Säuren zum Mundspülen, auch die schwache Borsäure nicht, sondern die leicht alkalische Boraxlösung, besonders da, wo es sich um Geschwüre und sonstige Affectionen des Mundes handelt. Ein Epithelgift ist freilich Borsäure nicht; sie wird es erst, im Uebermaass angewendet. Die Flimmerbewegung wird erst bei 2—3%iger Borsäurelösung aufgehoben, beim Borax erst bei 5%iger Lösung. Will man also Borsäure verwenden, so benütze man 1%ige Lösung in 0,2%iger Kochsalzlösung. Am besten aber nimmt man, namentlich bei schon gereizter Schleimhaut, Boraxlösung als Mundwasser.

(Therap. Monatshefte, März 1903.)

- **Erfahrungen über Sanatogen** veröffentlicht Dr. Eugen Fromm (Säuglingsheim in Dresden), der von seinem Chef (Prof. Schlossmann) den Auftrag bekam, bei einer grösseren Anzahl von zum überwiegenden Theil dem Säuglingsalter angehörenden schwächlichen und reconvalescenten Kindern die Wirkung jenes Präparates nach der Richtung der Gewichtszunahme, der Veränderung der Stühle und des Allgemeinbefindens zu beobachten. Das Sanatogen wurde in Gaben von 1—2 Messerspitzen entweder in Wasser gelöst vor dem jedesmaligen Anlegen den Brustkindern eingefösst oder in gleicher Dosis zugleich mit der Milch den Flaschenkindern verabreicht; grössere Kinder erhielten 3 mal tägl. 1—2 Kaffeelöffel in Suppe oder Milch. Unter 20 Kindern waren nur 2, welche Erbrechen bekamen, die übrigen nahmen das Präparat gut. Bei 10 Kindern konnte

die Beobachtung durch Wochen fortgesetzt werden; bei 8 davon waren ganz beträchtliche Gewichtszunahmen zu verzeichnen, ja bei 3 Kindern setzte diese Zunahme in ganz auffälliger Weise 1—2 Tage nach der Sanatogendarreichung ein. Bei einem an häufig recidivirender *Furunculosis* leidenden Kinde durfte neben der entsprechenden Medication und Ernährung die Zuführung weiterer Nährsubstanz in Form von Sanatogen gewiss dazu beigetragen haben, die Gewebe widerstandsfähig zu machen und den Heilungsprocess zu beschleunigen. Das Publikum verlangt oft genug ein Nährpräparat, zumal wenn der Arzt eine sonstige Medication nicht für nöthig erhält; wenn er dann als Kräftigungsmittel Sanatogen verschreibt, so wird er wenigstens ein Präparat geben, das Werth besitzt und daneben billiger ist, als ähnliche Präparate.

(Centralblatt f. Kinderheilk. 1903 No. 3.)

- Ueber den **Werth der Riegler'schen Acetessigsäure-Reaction im Harn von Diabetikern** hat sich Dr. Voltolini (Naumburg a. Bober) durch Nachprüfungen überzeugen wollen. Es ergaben sich für die Bewerthung dieser Reaction eine Anzahl Fehlerquellen, die den Werth derselben in hohem Maasse beeinträchtigen, sodass zum klinischen Nachweise der Diacetsäure die Gebhardt'sche und Liplowski'sche Reaction auch fernerhin allein in Frage kommen dürfte.

(Zeitschrift f. klin. Medicin. Bd. 48 Heft 3/4.)

- Ueber **Salocreol** macht Dr. J. Gnezda (Berlin, v. Leyden'sche Klinik) Mittheilung. Salocreol ist ein Präparat, in welchem die verschiedenen Phenole des Buchenholztheers resp. Kreosots insgesamt mit Salicylsäure zu einem Ester vereinigt sind. Es ist eine ölige, braune, fast geruchlose Flüssigkeit, fast unlöslich in Wasser, leicht löslich in Alkohol, Aether, Chloroform. Auf die Haut gebracht, bringt es ein angenehm kühlendes Gefühl hervor und es wird resorbirt, ohne an der Applicationsstelle dauernd zu färben oder Reizungen zu bewirken. Bepinselung resp. Einreibung des Mittels wurde bei *Rheumatismen*, *Arthritis deformans* und *Erysipel* gemacht und hatte gute Erfolge. Besonders beeinflusst wurden aber acute und chron. *Lymphadenitiden*, und Autor kann über einen Fall berichten, in dem *scrophulöse* Drüsen, die 2 Decennien anhielten, in 1 Woche fast vollständig zurückgingen. Bei Angina und Drüsen-schwellungen nach Masern oder Scarlatina verhütet die locale Behandlung mit Salocreol erst Abscessbildung und

endet mit Volumverringerng zur fast Normale oder Normale. Salocreol wurde täglich in Dosen von 5—10 g applicirt, bei Kindern entsprechend geringeren.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1903 No. 4.)

## Bücherschau.

- Einen **Atlas der Hautkrankheiten** giebt Prof. E. Jacobi heraus (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien), und ist von den 2 Abtheilungen, aus denen der Atlas bestehen soll, die 1. Abtheilung erschienen (Preis Mk. 12,50), welche 42 Tafeln enthält. Was die letzteren anbelangt, so sind sie nach einem neuen Verfahren (Citochromie) hergestellt, welche es ermöglicht, absolut getreue farbige Bilder zu verhältnissmässig niedrigen Preisen herzustellen. Und in der That bietet dieser Atlas so naturgetreue Abbildungen, dass diese recht wohl imstande sind, dem Auge den lebenden Kranken zu ersetzen und das Studium der Dermatologie wesentlich zu erleichtern. Für den Praktiker besonders eignet sich dieser Atlas ausserdem noch vorzüglich darum, weil der Autor nicht die seltensten, sogen. „interessanten“ Fälle vorzuführen sich bestrebt hat, sondern typische, der täglichen Praxis entlehnte Fälle zur Darstellung bringt, sodass er einem wirklichen Bedürfnisse entgegenkommt. Das ausgezeichnete Bilderwerk wird begleitet von einem knappen Text, der über Diagnose, Verlauf und Therapie der einzelnen Erkrankungen nur soviel bringt, wie zum Verständniss der Bilder nothwendig ist. So wird denn das Werk sicherlich der freundlichsten Aufnahme begegnen und grossen Nutzen stiften.
- Im Verlage von G. Thieme (Leipzig) sind 2 Werke in 2. Auflage erschienen, welche es verdienen, dem prakt. Arzte warm empfohlen zu werden, zunächst das **Lehrbuch der Hydrotherapie** von Dr. Buxbaum, dem langjährigen Assistenten Winternitz'. Dass nach 2 Jahren bereits eine Neuauflage dieses Werkes nothwendig geworden ist, zeigt schon, dass die Praktiker ein solches Buch gebraucht haben und dass letzteres Anerkennung gefunden hat. Der Autor hat

die Eintheilung beibehalten: auch die 2. Auflage bringt im 1. Abschnitte den theoretischen Theil, die fundamentalen physiologischen Thatsachen, im 2. Abschnitte die Technik und Methodik, im 3. die Praxis der speciellen Hydrotherapie. Aber der Verfasser nennt mit Recht die 2. Auflage eine „vermehrte“; er war bestrebt, manche Lücken auszufüllen und die neuen Forschungsergebnisse allenthalben zu verwerthen. Durch Eliminirung manches minder Wichtigen gelang es ihm, den Umfang des Werkes ziemlich dem der 1. Auflage gleich zu lassen. Das gut ausgestattete, mit 34 Abbildungen versehene Buch (Preis Mk. 8) wird sich zahlreiche neue Freunde erwerben. Auch Zabdulowski's *Technik der Massage* (Preis Mk. 4), die zuerst im „Handbuch der physikalischen Therapie“ erschienen ist und jetzt als selbständiges Buch neu bearbeitet vorliegt, wird bei der knappen und klaren Schreibweise, deren sich Verfasser befleissigt, und mit den 80 Abbildungen, welche ungemein deutlich die technischen Details wiedergeben, dem Praktiker ausgezeichnete Dienste leisten. — Im gleichen Verlage erschien ferner ein Werkchen von Dr. Gustav Norström **Der chronische Kopfschmerz und seine Behandlung mit Massage** (Preis: Mk. 1,80). Der Verfasser hat mit seiner Methode bei der Migräne äusserst befriedigende Erfolge erzielt und dürfte daher das Buch des schwedischen Autors, das Dr. H. Fischer aus der 2. englischen Auflage ins Deutsche übertragen hat, auch bei uns grossem Interesse begegnen. Prof. Edinger sagt in seinem Artikel über Kopfschmerz und Migräne in der „Deutschen Klinik“: „... aber geheilt habe ich keinen Kranken, ehe ich wusste, dass für die älteren Fälle nur *ein* Verfahren in erster Linie in Betracht kommt, die Massage. Hätte ich die Arbeiten der Schweden Henschen, Helleday, Norström früher gekannt, so hätte ich meinen Kranken viel mehr Nutzen bringen können. Diese Arbeiten sind in der deutschen Litteratur noch lange nicht ausreichend geschätzt.“ Die deutsche Uebersetzung wird die Würdigung der Norström'schen Arbeit bei uns natürlich sehr erleichtern, und ist zu hoffen, dass die Aerzte sich beeilen werden, sich mit derselben so bald wie möglich bekannt zu machen. — Endlich liegt nunmehr Rauber's vorzügliches **Lehrbuch der Anatomie** complet vor (6. Auflage), nachdem soeben der 2. Band (Preis: Mk. 18) die Presse verlassen. Auch dieser Band, welcher die Lehre von den Gefässen, Nerven, Sinnesorganen und Leitungsbahnen enthält und mit 900, zum Theil farbigen Textabbildungen



geschmückt ist, weist mannigfache Verbesserungen und Vermehrungen auf und stellt ein durchaus modernes Buch dar. Die Anschaffung desselben sei jedem Mediciner angelegentlichst empfohlen.

- A. Albu's Werk **Die vegetarische Diaet** (Verlag von G. Thieme, Leipzig, Preis: Mk. 4) füllt eine Lücke in der Litteratur aus, indem es zum ersten Male vom ärztlichen Standpunkte aus eine eingehende Kritik des Vegetarismus für Gesunde und Kranke bringt und sich nicht allein mit der wissenschaftlichen Widerlegung und wissenschaftlichen Begründung dieser Lehre befasst, sondern auch den Werth der vegetarischen Diaet für Krankenernährung zum Gegenstand einer genaueren Besprechung macht. Erwähnen wir noch, dass die Geschichte des Vegetarismus in einem besonderen Capitel gewürdigt, die vegetarische Litteratur aufs eingehendste berücksichtigt wird, so erübrigt es sich, noch mit langen Worten zu betonen, dass das interessante und sehr fesselnd geschriebene Buch für die Bibliothek eines jeden Arztes eine werthvolle Bereicherung bildet. — In gleichem Verlage erschien bekanntlich der 1. Theil von P. Jacob's und G. Pannwitz' grossem Werke: **Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose**, dessen litterarische Bedeutung wir seiner Zeit betont haben. Nunmehr liegt auch *Theil 2* vor (Preis: Mk. 12,50), welcher sich mit der *Bekämpfung* der Lungentuberculose befasst und sich würdig seinem Vorgänger anschliesst. Verhütung der Tuberculose bei Gesunden, Fürsorge für die an Tuberculose Erkrankten, Stand der Tuberculose-Bekämpfung in Deutschland, Kurze Uebersicht über die Tuberculose-Bestrebungen im Ausland, Internationale Bestrebungen zur Bekämpfung der Tuberculose, dies die Hauptcapitel dieses Schlussbandes, der als Anhang noch eine Zusammenstellung der wichtigsten gesetzlichen und behördlichen Bestimmungen und der Litteratur enthält. Alle diese Abschnitte sind aufs Sorgfältigste bearbeitet, sodass wir eine lückenlose Darstellung und Vorführung alles Wissenswerthen vor uns haben. Da jeder Arzt heutzutage gerade in den behandelten Fragen vollständig auf dem Laufenden sein muss, so dürfte den Autoren die Anerkennung für ihre höchst verdienstvolle Leistung nicht fehlen.

- **Lehmann's Medicin. Handatlanten** haben mit Recht einen Triumphzug durch die ganze medicinische Welt gehalten. jeder Band wird mit höchstem Interesse erwartet, sein Er-

scheinen aufs freudigste begrüsst, jeder Band hat bisher nicht nur seinem Autor die verdiente Anerkennung gebracht, sondern auch dem Verlage (J. F. Lehmann, München), der mit seltener Generosität die Autoren unterstützt und deren Werke geradezu ideal ausstattet. Jetzt ist dieser Sammlung 22. Band erschienen: *Atlas und Grundriss der allgemeinen patholog. Histologie* von H. Dürk (Preis: Mk. 20), und man kann von diesem sagen, dass er sich seinen Vorgängern aufs Würdigste anschliesst und in Wort und Bild Vollendetes bringt. Seine 77 vielfarbigen lithographischen und 31 zum Theil 2farbigen Buchdruck-Tafeln verdienen durchwegs uneingeschränktes Lob, nicht minder der begleitende Text, welcher einen ungemein klaren Grundriss der betreffenden Disciplin darstellt. Wer sich mit allgemeiner pathologischer Histologie beschäftigt, findet in Dürk's Werk den besten Führer und Lehrmeister. — Der Verlag giebt von jetzt an eine neue Serie von Atlanten in grossem Format heraus unter dem Titel „**Lehmann's medicin. Atlanten**“. Von diesen liegt der erste Band vor: *Atlas und Grundriss der topographischen und angewandten Anatomie* von O. Schultze (Preis: Mk. 16). ein prachtvolles Werk mit seinen 70 grossen farbigen Tafeln und 23 Textabbildungen und seinem knappen, klaren Texte. „Dieses Buch ist nicht für den Anatomen geschrieben, sondern für den, der ein Arzt werden und sein will“, das ist keine Phrase, mit der Verfasser seine Vorrede zu diesem vortrefflichen Werke einleitet, sondern es ist ein Programm, das er in Wirklichkeit durchgeführt hat. Und wenn der *Autor* dem jungen Arzte zuruft: „Denke anatomisch, wenn du ein guter Arzt werden und sein willst,“ so setzen *wir* gern hinzu: „Schaffedir dazu Schultze's Atlas an, und du wirst es sicher lernen!“

- F. Schilling's kürzlich erschienenenes Buch **Hygiene und Diaetetik der Stoffwechselkrankheiten** (Verlag von Hartung & Sohn, Leipzig. Preis: Mk. 5,40) schliesst sich würdig den „Magen- und Darmkrankheiten“ aus der Feder desselben Autors an. Nachdem Verfasser in präciser und fesselnder Weise die Grundzüge des normalen und des pathologischen Stoffwechsels gegeben, bespricht er Hygiene, Diaetetik und physikalische Heilmethoden, worauf er zur speciellen Therapie übergeht, in der er Diabetes mellitus, Fettsucht, Blutkrankheiten, Knochenaffectionen, Barlow'sche Krankheit, Diabetes insipidus, Phosphaturie, Oxalurie, Morbus Basedowii, Myxoedem, Autointoxicationen

abhandelt. Ueberall bringt der erfahrene und belesene Autor eine kurze und klare Zusammenfassung des Wichtigsten, was die moderne Wissenschaft bisher geschaffen. — Im gleichen Verlage erschien der I. Band (Preis Mk. 3) eines Hilfsbüchleins für Examinanden von M. Fränkel. **Die 20 splachnologischen Vorträge des medicin. Staats-examens**, der zunächst 5 Vorträge enthält. Der Verfasser, der bereits einige ähnliche Repetitorien herausgegeben, bemüht sich auch hier mit Erfolg, das Nöthige ganz kurz und übersichtlich dem Leser zu übermitteln; hat dieser vorher den Stoff gehörig verdaut, so wird ihm vorliegendes Büchlein zur Auffrischung des Gedächtnisses gute Dienste leisten.

- Des bekannten Wiener Paediaters Dr. C. Hochsinger's Werk **Gesundheitspflege des Kindes im Elternhause** (Leipzig u. Wien, Verlag von F. Deuticke, Preis: Mk. 3,60), das der Autor im Jahre 1895 zum ersten Male herausgab, liegt jetzt in 2. Auflage vor. Das Buch, für Eltern, welche den vermögenderen Ständen angehören, geschrieben, soll diesen sagen, was sie bei der Pflege und Erziehung ihrer Kinder von deren Geburt an bis zu beendeter Schulzeit zu thun und leisten haben, was sie als falsch und verkehrt zu vermeiden haben. Diesen Zweck erreicht der Verfasser ausgezeichnet, da das Buch, dessen 1. Theil sich mit den Besonderheiten der Säuglingspflege befasst, während der 2. die allgemeinen Regeln einer Gesundheitspflege des Kindes, der 3. die häusliche Pflege des Schulkindes behandelt, durchaus sich auf den Fundamenten der modernen Wissenschaft aufbaut und allenthalben in klarer und präziser Weise rationelle Rathschläge ertheilt, dabei nicht diejenigen Grenzen überschreitend, die eine solche Anleitung innehalten muss, soll sie wirklichen Nutzen stiften. Da der Verfasser bei der 2. Auflage das ganze Werk revidirt, zum Theil umgearbeitet und vermehrt hat, so dürfte dasselbe sich zahlreiche neue Freunde erwerben.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

N<sup>o</sup> 9.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

**Kurze monatliche Journalauszüge**  
aus der gesamten Fachliteratur  
**zum Gebrauch für den praktischen Arzt.**

*Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*  
Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

**Juni**

**XII. Jahrgang**

**1903.**

**D**ie früher erschienenen elf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

**Einbanddecken** zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

**Anaesthesie, Narkose.** Ueber die Bedeutung des **Adrenalins für die Chirurgie, besonders für die Localanaesthesie** sprach Braun. Derselbe benützte vorzugsweise die von Parke, Davis & Co. (London) — Vertreter für Deutschland: Brückner, Lampé & Co., Berlin — in den Handel gebrachte Lösung des Adrenalin. hydrochloric., welche 0,1% des Mittels enthält und in Flaschen zu 30 ccm versandt wird. Die Lösung ist, vor Luft und Licht geschützt, haltbar, und kann durch Kochen sterilisirt werden. Man füllt sie am besten sofort in sterilisirte 5 g-Fläschchen aus braunem Glas, welche bis zum Gebrauch luftdicht zu verschliessen sind. Verdünnte Lösungen sind nicht haltbar. Es wurde die Concentration von 1 : 1000 nie und die Dosis von  $\frac{1}{2}$  mg selten überschritten, so nie eine Nebenwirkung beobachtet. Das Mittel ist sehr billig, denn  $\frac{1}{2}$  mg, die Dosis für eine 1 malige Anwendung,

kostet 1 Pfennig. Setzt man zu Cocainlösungen oder Eucainlösungen Adrenalin hinzu, so zeigt sich eine ausserordentliche Steigerung der örtlich anaesthesirenden Potenz dieser Mittel. Verdünnte Cocainlösungen machen das Gewebe weit über das Gebiet der directen Infiltration hinaus für sehr lange Zeit anaesthetisch. Sonderbarerweise verträgt Adrenalin nicht den Zusatz von Tropicocain. Seit October 1902 wurden Cocain-Adrenalinmischungen auf Braun's Abtheilung in etwa 150 Fällen zu Gewebsinjectionen verwendet in folgender Weise. Die Adrenalinlösung (1 : 1000) wird aus dem braunen Tropfglaschen der Cocainlösung in wechselnder Menge vor dem Gebrauch tropfenweise zugesetzt. Will man die intensiven Fernwirkungen einer 1 %igen Cocainlösung ausnützen, so fügt man zu 1 ccm derselben 3 Tropfen der Adrenalinlösung hinzu. Das Adrenalin ist dann in der Cocainlösung in der Concentration von etwa 1 : 10000 enthalten. Will man dagegen verdünnte Cocainlösungen von 0,1—0,2 % zur Schleich'schen Infiltration brauchen, so bekommen 10 ccm der Cocainlösung einen Zusatz von 3 Tropfen Adrenalinlösung; das Adrenalin befindet sich dann in einer Concentration von etwa 1 : 100000 in der Cocainlösung. Mehr als 15 Tropfen der Adrenalinlösung von 1 : 1000 (=  $\frac{1}{8}$  mg Adrenalin) sollen im Allgemeinen auf einmal zu Gewebsinjectionen nicht gebraucht, die Concentration von 1 : 10000 soll nicht überschritten werden. Die Zeitdauer der Cocainanaesthetie spielt da keine Rolle mehr; die einmal durch das Cocain unempfindlich gewordenen Gewebe bleiben dies bei gleichzeitiger Einwirkung von Adrenalin gewöhnlich stundenlang, Cocainlösung von 1 % mit Zusatz von 3 Tropfen Adrenalinlösung auf den ccm fand zunächst regelmässige Verwendung bei *Zahnextraktionen* und übertraf an Sicherheit die Wirkung aller bisherigen Mittel. Injicirt man vor und hinter dem Zahn subgingival in der Höhe der Zahnwurzel je  $\frac{1}{2}$  ccm der Lösung, so wird nach einigen Minuten das Zahnfleisch in weiter Ausdehnung weiss und unempfindlich. Nach einer Wartezeit aber von 5, besser 10 Minuten kann der Zahn, mag er pulpitisches oder periostitisches erkrankt sein, völlig empfindungslos extrahirt werden, und aus dem Munde fliesst in der Regel kein Tropfen Blut (auch Nachblutung findet nicht statt). Vereinzelte Misserfolge ausschliesslich bei unteren Molarzähnen, wo regelrechte Injectionen an der lingualen Seite manchmal unmöglich. Injicirt man rings um einen *Furunkel*, um einen *circumscrip-*

*Abscess*, einen *Tumor* subcutan Cocain-Adrenalinlösungen (0,2%— $\frac{1}{2}$ % Cocain, 1 : 10 000 bis 1 : 100 000 Adrenalin, je nach der Menge, die man injiciren will), so wird nach 5—10 Minuten das Operationsfeld nicht nur anaesthetisch, sondern auch blutleer; man kann einen Furunkel incidiren, ohne dass ein Tropfen Blut herauskommt (auch keine Nachblutung!). Nach Injection einer  $\frac{1}{2}$ %igen Cocainlösung mit Adrenalinzusatz in das subcutane Gewebe vor dem Kieferwinkel entstand ausser der Sensibilitätslähmung eine 3 Stunden anhaltende totale Lähmung des Mundfacialis der betreffenden Seite. Die überaus starke Einwirkung dieser Lösungen auf Nervenstämmе fand vielseitige Anwendung zur Erzielung von Leitungsanaesthesie. Es tritt Querschnittsanaesthesie eines Fingers ein, wenn in der bekannten Weise an der Fingerbasis 1 ccm 1%ige oder  $1\frac{1}{2}$  ccm  $\frac{1}{2}$ %ige Cocainlösung mit Adrenalin injicirt werden. Die völlige Gewebsanaemie beschränkt sich dabei meist auf das Grundglied des Fingers; doch ist die Blutung bei Incisionen und Querschnittsoperationen meist sehr gering. Manchmal ist die Blutleere des ganzen Fingers fast so, als ob man ihn mit Gummischlauch abgeschnürt hätte, nur die grossen Hauptarterien lassen einige Tropfen Blut austreten. Von Bedeutung ist ferner der Umstand, dass mit grosser Sicherheit mittelst jener Lösungen eine Anaesthesirung nicht bloss der subcutan verlaufenden, sondern auch einzelner subfascial gelegener Nervenstämmе vorgenommen werden kann. Der wunde Punkt dieses Verfahrens ist bisher die Nothwendigkeit einer langdauernden Abschnürung des Armes oder Beines gewesen. Sie ist nicht mehr nothwendig. Durch Injection  $\frac{1}{2}$ —1%iger Cocainlösung mit Adrenalin lassen sich leicht der N. medianus, ulnaris und die subcutan verlaufenden sensiblen Nervenstämmе über dem Handgelenk, der N. ulnaris am Ellenbogen, der N. peroneus prof. und superficial., N. suralis und tibialis über dem Fussgelenk, der N. peroneus und saphenus major am Knie, die am hinteren Rand des M. sternocleidomastoid. hervortretenden Cervicalnerven u. a. m. unterbrechen, wodurch eine grosse Zahl chirurgischer Operationen bei völlig ausgeschalteter Sensibilität möglich wird. Bis zur völligen Leitungsunterbrechung der grossen Nervenstämmе vergehen oft 20—30 Minuten, weshalb die Injectionen nicht auf dem Operationstisch vorgenommen werden sollen. Dagegen hält die Anaesthetie 2—5 Stunden an. Die Adrenalinanaemie beschränkt sich in diesen Fällen natürlich auf die Injectionsstellen; ist an den Extremitäten

Blutleere nothwendig, so muss man unmittelbar vor Beginn der Operation, nach Eintritt der Anaesthesia, abschnüren. Bei der typischen Schleich'schen Cocainanaesthesia bewirkt ein Adrenalinzusatz von 1 : 100 000 zu den Cocainlösungen eine sehr bedeutende Verlängerung der Dauer der Anaesthesia. Ihren vollen Nutzen, nämlich die Ausbreitung der Anaesthesia über die Zone der directen Infiltration der Gewebe und die Anaesthesirung der das Operationsfeld durchziehenden Nervenstämme, welche bei der Schleich'schen Infiltrationsanaesthesia leitungsfähig bleiben, wenn sie nicht besonders aufgesucht und behandelt werden, kann die Adrenalin-Cocainmischung nur bei veränderter Injectionstechnik zeigen. Man muss das ganze Operationsterrain infiltriren und dann 20 Minuten warten, ehe man die Operation beginnt. Die isolirte Infiltration der Haut ist alsdann unnöthig, sie wird auch durch Infiltration des subcutanen Zellgewebes unempfindlich. In manchen Fällen, wo flächenhafte Hautaffectionen chirurgisch behandelt werden sollen, ist das ein entschiedener Vortheil. Zur *alleinigen* Anwendung des Adrenalins als *Haemostaticum* hatte Autor bisher keine Gelegenheit. Die bei Gewebsinjectionen von ihm gemachten Erfahrungen lassen aber nicht daran zweifeln, dass man mit Hülfe des Adrenalins jede capilläre Blutung und solche aus kleinen Arterien zum Stehen bringen kann, wenn es gelingt, das Mittel in wirksamen Contact mit den blutenden Geweben zu bringen. Wo es angängig ist, geschieht dies am sichersten durch Infiltration der Gewebe mit sehr verdünnten Adrenalinlösungen. Von Bedeutung erscheint das Mittel besonders für die Behandlung der Blutungen bei Haemophilen. Aber auch als Blutsparmittel kann es an Stelle der Esmarch'schen Blutleere gelegentlich Nutzen haben, z. B. bei der Hasenschartenoperation, bei Exstirpation von Angiomen, die nicht an den Extremitäten sitzen u. s. w. Für alle derartigen Operationen ist die Anwendung der vom Autor erwähnten Maximaldosis auch nicht entfernt nothwendig.

(Medicin. Gesellschaft zu Leipzig, 20. Januar 1903. —  
Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 8.)

**Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Ein neues Desinficiens **Septoforma** haben Dr. J. Winterberg und Dr. J. Eckert (Wien) mit guten Erfolgen benützt. Septoforma besteht aus den Condensationsproducten des Formaldehyds mit der Terpen-, Naphthalin- und Phenolgruppe;

Hauptbestandtheil ist Dioxynaphthylmetan. Es ist eine durchsichtige, klare, hellbraune, alkalisch reagirende, etwas ölige Flüssigkeit, die in den gebräuchlichen Lösungen (1—5%) fast geruchlos ist, sich in Wasser und Alkohol gut löst und eine durchsichtige, leicht gelbliche Lösung giebt, die als Waschmittel die Haut glatt und geschmeidig erhält und sie nicht reizt; auch Septoformaseife und -Gaze kommt in den Handel. Etwa 60 Pat. wurden mit Septoforma behandelt. Zunächst *eitrige Wunden*, wobei sich 3%ige Lösung gut bewährte. Darunter befanden sich alte ulceröse Processe an den unteren Extremitäten, die, mit in Septoforma getränkten Lappen eingeschlagen, in kurzer Zeit ausheilten; weiter traumatische, schwer eiternde Kopfwunden. Dann wandte man bei von Verletzungen ausgehenden *Lymphangoitiden* 3—5%ige Lösung mit Erfolg an, ebenso bei *venerischen Ulcera* und vereiterten *Bubonen*. Auch bei Hautaffectionen parasitärer Natur bewährte sich das Präparat theils in Lösung, theils in Seifenform: so bei *Pediculosis*, *Scabies*, *Seborrhoe*, *Favus* und *Pityriasis versicolor*. Bei letzterer bewies sich besonders werthvoll die Seife, die, nachdem die afficirten Parthien fest mit Septoformallösung abgewaschen waren, zuerst in getrocknetem Zustande an diesen Theilen belassen und erst nach 2—3 Tagen wieder mit 5%iger Septoformallösung abgespült wurde. Wurde dies Verfahren 2—3 mal wiederholt, so war der Pityriasisfleck entgültig verschwunden. Aehnlich bei Seborrhoe und circumscripiter Scabies, während bei Pediculosis die Lösung als Waschmittel benützt wurde. Endlich wurden Erkrankungen der Nase, des Rachens, der Tonsillen, des Zahnfleisches (Rhinitis, Pharyngitis, anginöse und croupöse Processe) mit Septoforma behandelt; dasselbe bewährte sich auch hier, vorzüglich geradezu bei eitrigen und fauligen Zersetzungen an den Zähnen und sonst im Munde. Ausspülungen mit 2%iger Lösung brachten zunächst nach ganz kurzer Zeit den üblen Geruch weg, bald heilte auch die Affection. Bei Stomacace schon am 2. Tage Ablösung des fauligen Gewebes, Reinigung und bald vollkommene Restitution. Als reines Antisepticum sollte das geruchlose und desodorisirende Mittel weitere Verbreitung finden, so bei frischen Wunden, zur Reinigung des Operationsfeldes, wo Benützung der Seife mit nachfolgender Abspülung mit Lösung sich besonders eignet. Die 15% Septoforma enthaltende Seife sollte auch zur Desinfection der Hände des Operators benützt werden, auch als Händereinigungsmittel in jedem



Haushalt beliebt werden. Auch Septoformagaze kann empfohlen werden.

(Aerztl. Rundschau 1903 No. 8.)

- Als ausgezeichnetes Antisepticum und Siccativum hat Dr. E. Toff (Braila) **Xeroform bei Kindern** kennen gelernt; das absolut reizlose Mittel machte das Jodoform vollkommen entbehrlich, was besonders bei Säuglingen sehr viel werth ist, wo dieses so oft hartnäckige Ekzeme erzeugt. So bewährte sich Xeroform sehr nach rituellen Circumcisionen, ferner als bestes Vorbeugungsmittel für *Intertrigo* (mit Talc. venet. aa). Eine weitere Indication bilden nässende *Ekzeme*, mögen sie sitzen, wo sie wollen; als Pulver oder in Salbenform (mit Ung. simpl. oder Ung. emolliens) leistete hier Xeroform sehr gute Dienste. Desgleichen bei *Brandwunden*, wo sich auch die schmerzstillende Wirkung des Mittels eclatant zeigte. Werden die von Haut entblössten Stellen mit Xeroform dick bestreut, darüber Watte fixirt, so beruhigen sich die Kinder sofort, und der Verband kann wochenlang liegen bleiben, bis er sich gelockert hat oder Durchtränkung mit Secreten einen Wechsel nöthig macht. Xeroforminspirationen sind ferner warm zu empfehlen für *scrophulöse Ulcera der Conjunctiva und Cornea*. Accidentelle und operative Wunden verbindet Autor jetzt immer mit Xeroform und ist damit sehr zufrieden. Endlich haben sich bei *Otitis media suppurativa* Xeroformeinblasungen vortrefflich bewährt.

(Centralblatt f. Kinderheilkunde 1903 No. 3.)

**Asthma.** Jüngst hat Aronsohn **Adrenalin zur Coupirung von Asthmafällen** empfohlen. \*) Jetzt erinnert Dr. M. Weil, Vorstand der I. Abtheilung für Hals- und Nasenkrankheiten am Kaiser Franz Joseph-Ambulatorium in Wien, daran, dass er schon vor einem Jahre ähnliche Beobachtungen gemacht und in der Wiener laryngolog. Gesellschaft publicirt habe (9. IV. 1902). Das Protokoll lautete damals: „Für besonders wichtig hält Dr. Weil die Beobachtungen, die er bei mehreren Asthmatikern gemacht hat; es gelang ihm, eine Reihe von asthmatischen Anfällen, darunter recht schwere, durch nasale Anwendung von Adrenalin zu coupiren. Es handelte sich um Kranke, deren Asthmastellen in der Nase Dr. Weil von früher her kannte, und bei denen Cocain früher immer prompt gewirkt hatte. In einem sehr schweren Falle, wo früher Cocain nichts genützt hatte, blieben diesmal das Adrenalin, sowie das später angewendete

\*) S. Excerpta S. 295.

Cocain gleichfalls wirkungslos. Falls diese Beobachtungen sich bestätigen sollen, wäre das Mittel für die Asthmatiker von grossem Werthe, da diejenigen, die einmal Cocain selbst anwenden, bekanntlich sehr bald zu Cocainisten werden. Das Adrenalin ist, soweit bis jetzt bekannt ist, unschädlich. Nur einige Kranke klagten nach Anwendung des unverdünnten Präparates über Kopfschmerz, einer auch über heftigen Niessreiz.“ — Autor fügt hinzu, dass er seither 5—6 neue derartige Beobachtungen gemacht hat.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 12.)

### **Blutungen.** Ueber **Hautblutungen bei Epilepsie und ihre**

**Bedeutung für den Gerichtsarzt** lässt sich Prof Dr. H. Pfister (Freiburg i. B.) aus, zugleich drei eigene Beobachtungen mittheilend, welche zeigen, dass sich bei den Anfällen mancher Epileptiker auch Hautblutungen (Petechien und Ekchymosen) einstellen, die wohl in durch die Blutdrucksteigerungen bedingten Gefässzerreissungen ihre Ursache haben. Auffällig bleibt dabei allerdings immer (und lässt an ein central ausgelöstes Mitwirken vasomotorischer Einflüsse denken), dass diese B. bei demselben Individuum scheinbar immer *nur* in bestimmten, annähernd gleichen Gefässgebieten auftreten (so war in Fall 1 und 2 *nie* die untere Rücken- oder Bauchhaut oder die der Extremitäten betroffen, in Fall 1 blieb auch die obere Hälfte der Stirnhaut immer verschont). Selbstverständlich konnten bei den drei Fällen alle zu B. sonst führenden Krankheitszustände ausgeschlossen werden. In Fall 1 handelte es sich um einen 39jähr. Pat., bei dem stets bei allen grösseren Anfällen, auch bei vielen abortiven Attaquen, stecknadelkopfgrosse und etwas grössere rundliche Petechien an Nasenwurzel, in der Umgebung der Augen bis hinauf in die halbe Höhe der Stirn, in der Haut des Halses (vorn und seitlich) und der Brust auftraten, sodass er oft ganz gesprenkelt aussah. Die B. hatten nicht stets gleich starke Ausbreitung (manchmal war nur Brust und Hals betroffen), fanden sich bisweilen weit über 100 an Zahl, kaum jemals aber unter einem Dutzend. Keine Sensibilitätsstörung der betr. Hautparthieen nach den Anfällen erweislich. Bei ihrem allmählichen Schwinden liessen sie einige leicht pigmentirte Stellen zurück. Das Aussehen des Pat. nach den grossen Attaquen war meist ein so typisches, dass man aus ihm einen in der Nacht abgelaufenen Anfall morgens ohne Weiteres diagnostizieren konnte. Fall 2 betraf einen 26jährigen Epileptiker,

der nach den grossen Anfällen meist zahlreiche punktförmige Petechien hinter beiden Ohren und in der Haut des Halses aufwies. Auf andere Veranlassungen hin (körperliche Anstrengungen u. dergl.) traten, wie auch in Fall 1, solche B. nie auf. Fall 3 endlich stellte eine 28jähr., erblich belastete Epileptica, zur Beobachtung ihres Geisteszustandes eingeliefert. Bei Aufnahme scheinbar im Zustande epileptischer Verstimmung, die schon im Gefängniss eingesetzt hatte. Pat. trotz für Epilepsie sprechender Antecedentien, simulationsverdächtig. Auch ein in einer Nacht aufgetretener atypischer, nur von Laien beobachteter Krampfanfall erschien diesbezüglich verdächtig. Doch konnte Simulation ausgeschlossen werden, als am nächsten Morgen festgestellt wurde, dass bei der kurz vorher genau untersuchten Angeklagten sich sehr zahlreiche stecknadelkopfgrosse, frische Hautblutungen, besonders an der linken Halsseite und linken Schulter fanden, die nach Ausschluss aller anderen Möglichkeiten auf den nächtlichen Anfall bezogen werden mussten. Damit war auch die bis dahin noch nicht objectiv sichergestellte und für die Begutachtung sehr wichtige Thatsache erstmals erwiesen, dass die Angeschuldigte wirklich an einer *Krampf-Krankheit* (und zwar an Epilepsie, wie die weitere Beobachtung bestätigte) litt. — Mit den sehr seltenen (wenn man von artificiellen absieht) Hauthaemorrhagieen, wie sie bei Hysterie vorkommen, sind B., wie die eben beschriebenen, wohl kaum zu verwechseln. Denn einmal handelt es sich bei Hysterischen fast durchweg um Blutergüsse in Haut- und Unterhautzellgewebe, die, wenn auch im Zusammenhang mit Affecten, so doch stets nicht mit den Krampfanfällen gleichzeitig, sondern in der intervallären Zeit und allmählich auftreten. Dieselben sind auch niemals so zahlreich und gleichmässig in Grösse und Form, wie die epileptischen, sondern vereinzelt und führen gewöhnlich zu langsam grösser werdenden, unregelmässig gestalteten und eventuell nach aussen durchbrechenden Blutmalen und Blutbeulen. Gleiches gilt von den sogen. Schleimhaut- und Hautblutungen, wie sie auch bei den rein neurasthenischen Zuständen (sehr selten) vorkommen. Diese Differenzen im Zusammenhalt mit dem sonstigen Befunde werden wohl immer die epileptisch-paroxysmellen B. einwandfrei von anderen unterscheiden lassen. Die grosse diagnostische Bedeutung solcher B. bei *zweifelhaft* epileptischen Individuen illustriren die obigen Fälle, besonders Fall 3, welcher zeigt, wie ihre Feststellung für den Gerichtsarzt höchst werthvoll werden kann. Bei gerichtsärztlicher Beobachtung von auf Epilepsie verdächtigen

Personen, insbesondere, wenn eine criminell gewordene Persönlichkeit von einem kürzlich stattgehabten Krampfanfall berichtet, sollte man daher nie versäumen, wie nach anderen Zeichen (Zungenbiss etc.), so auch nach solchen nicht simulirbaren B. zu fahnden; man wird dann sicher manchmal über die zweifelhaft epileptische Natur eines Falles rascher ins Klare kommen.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1903 No. 4.)

- **Bemerkungen über „Stauungsblutungen“, insbesondere infolge eines epileptischen Anfalles** macht Dr. K. Pichler (Landeskrankenhaus Klagenfurt) und berichtet über einen interessanten Fall: 25jähr. Wachmann aus gesunder Familie und selbst stets gesund (in letzter Zeit nur öfters etwas Kopfschmerz und Schwindelgefühl beim Bücken) hatte an einem mässig heissen Tage Vormittags Dienst gethan; nach dem Mittagessen legte er sich im besten Wohlsein aufs Bett, am Oberkörper nur mit einem Wollleibchen bekleidet. Gegen 4 Uhr Nachmittags wachte er auf und fand sich zu seinem Erstaunen am Fussteppich neben dem Bett liegend. Im Spiegel bemerkte er sein blauroth gesprenkeltes Gesicht, auch sah er, dass er Harn unter sich gelassen hat. Pat., weder Bluter noch Bettnässer, wurde noch an demselben Tage ins Spital aufgenommen, wo u. A. Folgendes gefunden wurde: Weicher Gaumen, dicht besät mit punktförmigen, frischrothen Blutfleckchen, hintere Rachenwand mit fast linsengrossen B. besetzt. Im Kehlkopfe ebenfalls, desgleichen im Nasenrachenraum und in der Nasenhöhle B., links am Trommelfell über dem Hammergriff eine solche. Haut des Gesichtes und Halses dunkelroth, nicht cyanotisch, nur an den Lidern etwas gedunsen, erweist sich bis zu einer scharfen horizontalen Grenze, entsprechend dem oberen Rande des Ringknorpels und dem 4. Halswirbeldorn verschieden dicht von ungezählten, punktförmigen bis hanfkorngrossen, dunkelblaurothen Blutfleckchen besetzt, am dichtesten an Stirn, unteren Augenlidern bis zum Jochbogen, sehr dicht und frischer roth am Halse in einem etwa 3 cm breiten Streifen oberhalb der geschilderten Linie. Unterhalb dieser äusserst spärliche, kleine, blasse Fleckchen in den Oberschlüsselbeingruben und links noch im 1. Intercostalraum. Sonst Körper von B. frei. Augapfelbindehaut von theils kleinen, blassen, theils bis linsengrossen, gesättigteren B. durchsetzt; auch Plica semilunaris beiderseits gesprenkelt. Am stärksten verändert, von einem zusammenhängenden, dicken, dunklen Fleck eingenommen,

der unterste Abschnitt derselben, der untere Fornix und die angrenzende Lidbindehaut. Conjunctiva tarsi am Oberlid frei; im oberen Fornix nur spärliche Blutfleckchen. Augenspiegelbefund normal. Im Harn kein Eiweiss, kein Zucker. Zweifellos hatte hier ein epileptischer Anfall stattgefunden (Pat. erinnerte sich vor einem halben Jahre nachts einen ihm räthselhaften kurzen Dämmerzustand gehabt zu haben). Die B. waren scharf begrenzt, dunkelroth, oberflächlich, also im Gebiet der kleinen Venen. Die haarscharfe Grenze der B. nach abwärts liess sofort den Gedanken an ein eng anschliessendes Kleidungsstück aufkommen. Freilich entsprach das mittelgrosse Wollleibchen mit seinem oberen Rande genau dieser Grenze; man konnte indessen bequem 2 Finger daneben einführen. Trotzdem muss auf diesem Umstande die Begrenzung der B. beruhen. Während spärliche und kleine Bindehaut- und Lidhautblutungen im Gefolge epileptischer Anfälle nichts Seltenes sind, ist in der Litteratur über ähnlich reichhaltige Hauthaemorrhagieen recht wenig zu finden.

(Centralblatt für innere Medicin 1903 No. 4.)

- Zur Casuistik der **Stauungsblutungen während eines epileptischen Anfalls** führt auch Dr. Z. Bychowski (Krankenhaus Praga in Warschau) einen Fall an. Es handelte sich um eine 26jähr. unverheirathete Näherin, die den Autor seit 6 Jahren von Zeit zu Zeit aufsucht wegen Kopfweh, Appetitmangel, Herzklopfen, Schlaflosigkeit u. dgl. Autor konnte stets nur Anaemie und Neuraethenie feststellen. Eines Morgens erwachte Pat. ganz wohl und begann nach dem Frühstück ihre Arbeit. Wie lange sie gearbeitet, weiss sie nicht, da ihr überhaupt von dem Vormittag nichts in Erinnerung geblieben ist. Nur glaubt sie aus der geleisteten Arbeit urtheilen zu können, dass sie wahrscheinlich bis gegen 12 Uhr Mittags thätig war. Kopfschmerzen, Schwindel und dgl. will sie nicht gehabt haben. Sie arbeitete allein am Fenster. Ungefähr um 1 Uhr erwachte sie und sah zu ihrem Erstaunen, dass sie sich auf ihrem, einige Ellen vom Fenster entfernten Bette befinde. Sie war „wie zerbrochen“ müde und hatte Kopfweh. Als sie eine Nachbarin aufsuchte, schrie diese vor Schrecken auf. Auch Autor, den Pat. bald aufsuchte, war überrascht von dem Aussehen der Pat., deren ganzes Gesicht cyanotisch und mit rothen Flecken bedeckt erschien. Letztere besonders reichlich auf der Stirn, den oberen Augenlidern und der Jochbeingegend. Hier lagen die B.

so nahe nebeneinander, dass sie von der Ferne den Eindruck eines einzigen grossen Blutergusses machten. Auch die rechte Retromaxillargegend afficirt. Am Halse zwei parallele cyanotische Streifen, voll bedeckt mit kleinen Blutpünktchen. Der eine Streifen in der Mitte des Halses, der 2. oberhalb der Schlüsselbeine. Beide hatten scharf begrenzte, gradlinige Ränder. Die ganze Conjunctiva unterhalb der rechten Cornea glich einem grossen Blutfleck. Auch der Rachen mit kleinen Blutergüssen besät. Augenhintergrund beiderseits normal. Sonst nichts Besonderes. Das Aussehen der Pat. rief in Autor die Erinnerung an einen Fall wach, den er vor einigen Jahren sah. Ein etwa 30jähr. Hausdiener, der von Zeit zu Zeit Krampfanfälle hatte, bekam nach einem gewöhnlichen Anfall das ganze Gesicht und die Brust voll kleiner Blutfleckchen; ähnliche wollte Pat., notorischer Epileptiker, schon früher einige Male nach Anfällen bekommen haben. Die Erinnerung an diesen Fall liess sofort an den jetzigen denken, zumal das ganze Auftreten, speciell die eingetretene Amnesie, ebenfalls für Epilepsie sprach; auch die Niedergeschlagenheit und Müdigkeit der Pat. nach dem Zufall sehr an den sogén. postepileptischen Zustand erinnerte. War es nun der erste epileptische Anfall gewesen? Autor hatte früher nie Gelegenheit gehabt, bei der Pat. Epilepsie zu vermuthen, trotzdem erscheint ihm jetzt die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass er vielleicht doch unter der grossen Fluth der neurasthenischen Klagen der Pat. manches epileptische Symptom übersehen hat. Es musste differentialdiagnostisch allerdings auch die Hysterie berücksichtigt werden. Von Franzosen wurden mehrfach Fälle von spontanen Ekchymosen bei Hysterischen veröffentlicht; es handelte sich freilich da meist um die „grosse Neurose“, auch war die Art des Auftretens der B. eine ganz andere. Dass während des epileptischen Anfalles das Gesicht oft roth und cyanotisch wird, ist bekannt. Diese übliche Stauung wurde in obigem Falle sicher durch das Plus des steifen, engansitzenden Kragens um den Hals bedeutend vergrössert, als nothwendige Folge entstanden die subcutanen Blutergüsse, wie man solche ja auch bei Erhängten und Erwürgten findet. Es dauerte übrigens 3 Wochen, bis die letzten Spuren derselben verschwunden waren. Pat. blieb seitdem gesund.

(Centralblatt f. innere Medicin 1903 No. 14.)

- Seine **Erfahrungen mit Stypticin** veröffentlicht Dr. J. v. Cziky (Budapest). Er wandte das Mittel 1898 und von da an regelmässig an, und zwar zunächst bei Puerperis, bei denen mangelhafte Involution blutigen Ausfluss bedingte und die angewendeten Secalepräparate ohne Erfolg geblieben waren. Er brachte mit dem Stypticin nicht nur die B. zum Stillstand, sondern beobachtete auch, dass dieses die Rückbildung der Gebärmutter günstig beeinflusste. Es kamen also 2 Wirkungen zur Geltung: die eine erstreckte sich auf die Verengerung der erweiterten Blutgefässenden der Gebärmutter, die andere regte den schlaffen Uterus zu Contractionen an. Es ist diese Wirkung von besonderer Wichtigkeit, da Contractionen Dauerwirkungen auslösen, während der kurzdauernden, lediglich adstringirenden Wirkung oft consecutive Gefässerweiterungen nachfolgen. Infolge dieses Umstandes lockern sich dann die Thromben, fallen event. heraus, und es entsteht eine neue Blutung, die die ursprüngliche manchmal sogar übertrifft. Handelt es sich aber um Dauerwirkungen, wie sie eben durch Stypticin zustande kommen, und worauf die nicht selten constatirten krampfartigen Wehen des Uterus hindeuten, so können nachfolgende Gefässerweiterungen nicht vorkommen. Die geschilderte Wirkung wurde bei 38 Puerperis auf das genaueste festgestellt; Misserfolg erlebte Autor nur 1 mal, bei 37 Wöchnerinnen war der Erfolg ein sehr guter bis vorzüglicher. Autor gab Stypticin in Form der Merck'schen Tabletten, als Anfangsdosis 5 mal tägl. 5 cgrm, gesteigert bis 9 mal 5 cgrm. Auch bei gynaekologischen Affectionen wurde es so gegen die B. häufig verwendet. So nach der Curettage veralteter Aborte (Endometritis decidual.), wo sich der Erfolg schon binnen 3—5 Tagen zeigte. Auch bei Metrorrhagieen, wo als Blutungsursache keine nachweisbaren pathologischen Momente zu constatiren waren, erwies sich Stypticin wirksam. In derartigen Fällen muss man von Anfang an gleich hohe Dosen verordnen und das Mittel schon einige Tage vor der zu erwartenden Blutung nehmen lassen. So gelang es bei einer jungen, in jeder Beziehung gesunden Frau, die alle 14 Tage wiederkehrende Menstruation, für deren Häufigkeit keine Ursache zu ermitteln war, durch Stypticin allmählich zu einer normalen zu gestalten. Bei den sogen. „Frühaborten“, die häufig in Form einer heftigen Menstrualblutung ablaufen, konnte Autor in 3 Fällen einen guten Erfolg constatiren. Ganz bedeutende Besserung erzielte er bei den verschiedensten B. entzündlichen Ursprungs

(Metritis, Perimetritis, Perisalpingitis, Oophoritis etc.), wo sich auch die sedative Eigenschaft des Mittels hervorthat. Stypticin ist ferner angezeigt bei pathologischen Flexionen des Uterus, die zu B. führen, nach Ausschabung des hypertrophischen Endometriums, falls die Reconvalescenz durch den blutigen Ausfluss verzögert wird, ebenso bei profusem, blutig-serösem Ausfluss nach Myom-Enucleationen. Auch bei der palliativen Behandlung der Fibromyomblutungen wird man häufig zufriedengestellt, wenn man einige Tage vor den B. 8—9 Tabletten täglich verabreicht. Autor verwendet Stypticin seit Jahren in den genannten Fällen und fast nie versagte es.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1903 No. 26.)

- Ein **Nasenspeculum mit Vorrichtung für sterile Tamponade**, wie sie nach spontanen oder postoperativen B. der Nase oft nothwendig ist, hat Dr. Neufeld (Posen) construiert. Bisher machte es Schwierigkeiten, die Jodoformgaze steril in die Nase zu bringen, wenn man ohne Assistenz arbeitete; die Gaze kam mit der Kleidung, dem Barte des Patienten u. s. w. in Berührung. Autor liess ein Reservoir für die Gaze am Beckmann'schen Speculum anbringen,\*) und damit ist man ohne Assistenz im Stande, steril zu tamponiren.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 9.)

### **Caries dentium. Argent. nitr. crystallis.** ist nach k. k.

Regimentsarzt Dr. v. Dobrzyniecki ein ausgezeichnetes Mittel zur Behandlung der C., eines der besten Conservierungsmittel sowohl bei C. der Milchzähne, wie auch der bleibenden Zähne. Es hat sich dem Autor seit 6 Jahren bestens bewährt. Die Stelle am Zahn, wo das Mittel angewendet wird, verfärbt sich lichtbraun bis schwarz; die nächste Umgebung des Zahnes bleibt jedoch intact, nicht so wie es bei Anwendung der Amalgamplomben fast immer vorkommt, dass selbst nach kleinen Füllungen der Zahn schon im Laufe einiger Monate grau wird, später gar tintenartige Farbe annimmt. Argent. nitr. wirkt local; es penetriert in die Dentintubuli. Es wirkt rasch. Indem es sich auf der in Berührung kommenden Zahnschubstanz in Silbereiweiss verwandelt, bis zu einer Tiefe von 1,2 mm, lässt letzteres das weitere Vordringen des Mittels in die Tiefe auf eine intacte Pulpa nicht zu. Es entsteht daher nach der Anwendung keine Entzündung der Pulpa; der Zahn zerbröckelt sich

\*) Angefertigt von Louis und H. Löwenstein, Berlin N.



nicht, wie dies beim Darinlassen von Acid. arsenic. immer der Fall ist. Es entstehen also nach der Behandlung auch gar keine Nacherscheinungen, wie dies bei Anwendung von Acid. arsenic. ohne weitere Behandlung vorkommt. Arg. nitr. stillt ferner die Schmerzen bei C. und ist dann allen anderen Mitteln darin überlegen. Endlich kann die Behandlung von jedem Arzte durchgeführt werden. Sie besteht in Folgendem: der cariöse Detritus wird mechanisch entfernt durch Anwendung eines grossen Rosenbohrers (da dieser für die Bohrmaschine vorbereitet ist, muss man ihn, um ihn in der Hand halten zu können, in einen Korkstöpsel stecken), den man in der cariösen Höhle ohne Druck (damit nicht die Pulpa eröffnet wird) einige Male herumdreht (auch schmerzhaft Stellen sind zu vermeiden!). Dann wäscht man die Höhle mit Chloroform aus und führt eine 50%ige Lösung von Arg. nitr. ein, indem man einen Tampon, dessen Grösse der Hälfte der Zahnhöhle entspricht, damit aufsaugt und ihn für einige Secunden mittelst Pincette einlegt. Zum Schluss Ausspülung des Mundes mit 1%iger Kochsalzlösung. Dies Verfahren ist für einen Zahn in 10 Sitzungen anzuwenden (der 1. Act natürlich nur bei der 1. erforderlich); es ist für jedes Stadium der C. geeignet, ebenso für gangraenöse Zähne, falls keine periostalen Erscheinungen vorhanden sind. Zähne, welche schmerzen wegen Pulpitis, Periodontitis, Alveolabscess bleiben ausgeschlossen von dieser Behandlung, für die folgendes Instrumentarium genügend ist: Rosenbohrer mit Korkstöpsel, Mundspiegel, Zahnsonde, Zahnpincette. Es kann mit kleinen Mitteln viel Hülfe geleistet werden!

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 17.)

**Diabetes.** Kurzsichtigkeit durch D. mellitus kommt selten vor, ist aber doch schon mehrfach beobachtet worden. So veröffentlicht jetzt Dr. S. Neuburger (Nürnberg) 2 Fälle, bei denen der D. erst durch die Augenstörung entdeckt wurde. Im 1. Falle handelte es sich um eine vorübergehende Kurzsichtigkeit. Solche ist bei D. auch schon früher gesehen worden, doch ging hierbei die Kurzsichtigkeit Hand in Hand mit dem Zuckergehalt des Urins, während in obigem Falle die Kurzsichtigkeit wieder verschwand, der Zuckergehalt des Urins aber bestehen blieb, ja sogar noch zunahm. Als Ursache der diabetischen Kurzsichtigkeit wird meist eine Umänderung der Krystalllinse angenommen. Bekanntlich ist jede im höheren Alter auftretende Kurzsichtigkeit verdächtig; sie wird am häufigsten verursacht durch beginnende

Staartrübung der Linse, ohne dass D. vorhanden zu sein braucht. In gleicher Weise dürfte den meisten Fällen der diabetischen Myopie eine beginnende oder bald darauf sichtbar werdende Linsentrübung zu Grunde liegen. Schmidt-Rimpler bezweifelt überhaupt, ob wirklich Fälle von diabetischer Kurzsichtigkeit viele Jahre lang beobachtet werden, ohne dass es zur Katarakt kommt. Doch sind in der That solche Fälle Jahre lang beobachtet worden, ohne dass es zur Linsentrübung gekommen wäre. In diesen Fällen müssen wir uns die Entstehung der Kurzsichtigkeit durch eine Erhöhung des Brechungsindex der Linse erklären. Um eine solche Erhöhung, die aus unbekannter Ursache trotz Fortschreitens des Grundleidens nur vorübergehend war, muss es sich im 1. Falle des Autors gehandelt haben, während im 2. Falle beginnende Katarakt entdeckt wurde.

(Münchener med. Wochenschrift 1908 No. 12.)

- **Eine empfindliche, einfache, rasch ausführbare Zuckerprobe** giebt Prof. Dr. Riegler (Jassy) an. Man giesst in ein etwas grösseres Reagensglas 1 ccm (20 Tropfen) von der Zuckerlösung resp. Harn, dann fügt man 1 Messerspitze oxalsaures Phenylhydrazin und 10 ccm Wasser hinzu. Diese Mischung lässt man über einer kleinen Flamme unter Umschütteln kochen, bis alles gelöst ist; man fügt nun 10 ccm einer 10%igen Kalilauge hinzu, schliesst das Reagensglas mit einem Gummistopfen und schüttelt kräftig durch. Ist Zucker da, so wird die ganze Mischung sofort oder innerhalb einer Minute eine schöne rothviolette Farbe annehmen. Eine erst später auftretende Färbung ist nicht maassgebend, dieselbe muss sehr bald während des Schüttelns auftreten. Es gelingt, Zucker in einer Lösung von 0,05% nachzuweisen. Anwesenheit von Eiweiss stört nicht. Das oxalsaure Phenylhydrazin ist ein in prachtvollen Blättchen krystallisirender Körper, welcher sich unbegrenzt lange aufbewahren lässt (zu beziehen von Merck). Für die ärztliche Praxis kann man an Stelle von Kalilauge Würfel von 1 g Kaliumhydroxyd anwenden und so verfahren: Man giesst in eine etwas grössere Epruvette 1 ccm Harn und 10 ccm Wasser, fügt 1 Messerspitze oxalsaures Phenylhydrazin hinzu, kocht unter öfterem Umschütteln bis zur Lösung und stellt das Reagensglas bei Seite; in ein 2. Reagensglas giebt man einen Würfel Kaliumhydroxyd und 10 ccm Wasser, schüttelt gelind, bis derselbe gelöst ist, giesst diese Lösung zu der ersten und schliesst mit dem Gummistopfen; nach einigem Schütteln tritt schöne rothviolette Farbe auf, falls Zucker vorhanden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1908 No 15).

## **Fracturen und Luxationen.** — Seine **Principien bei**

**Behandlung von Fracturen**, speciell der *Unterschenkel-, Ober- und Unterarmfracturen*, giebt Medicinalrath Dr. Borchard (Diakonissenhaus Posen) an. Er legt sofort das möglichst gut reponirte Glied in eine Schiene (am Unterschenkel Volkmann'sche, am Arm Gipshantfschiene) unter Ruhigstellung der beiden benachbarten Gelenke. Um die Bruchstelle kommt ein Priessnitzumschlag. Schon am nächsten Tage Beginn mit Massage, die anfangs, solange noch erhebliche Schmerzhaftigkeit besteht, nur als Einleitungsmassage verwandt wird und sich auf Effleurage der central gelegenen Parthieen bis über das nächste Gelenk hinaus beschränkt. Hat die Schmerzhaftigkeit nachgelassen, (was unter der Massage auffallend rasch geschieht) so wird auch die Fracturstelle mit in den Bereich der Massage hineingezogen. Während bei der Einleitungsmassage der Schenkel in der Volkmann'schen Schiene bleibt, wird, sobald die Bruchstelle mit in Angriff genommen werden kann, das Glied aus der Schiene genommen, gut gehalten und nun Streichen und vorsichtiges Reiben der Bruchstelle begonnen (vom Arzte!) Nach jeder Sitzung werden die benachbarten Gelenke etwas bewegt und dann wiederum ein Priessnitzumschlag angelegt. Bei der Massage der centralwärts gelegenen Theile kann man das Glied auf der Schiene lassen, bis man zur Massage der Bruchstelle selbst übergeht. Bei Ober- und Unterarmfracturen muss man natürlich immer die Schiene entfernen, aber auch hier sind die Schmerzen bei geschicktem Halten keine nennenswerthen. Durch die frühzeitige Massage gelingt es einmal, die Schwellung schnell zu beseitigen, dann aber wirkt sie recht schmerzlindernd und arbeitet der Muskelatrophie wirksam entgegen. Am 12. Tage etwa Anlegung eines Gipsverbandes, nachdem event. in Narkose die Bruchenden genau aneinander gestellt sind. Die Controlle der guten Reposition ist, da keine Schwellung mehr hindert, leicht, zumal man selbst nach angelegtem Gipsverbande, den Autor über einfachen Tricotschlauch macht, die Stellung genau controliren kann. Dieser Verband bleibt bis zum 26. Tage etwa liegen, wird dann in der Mitte aufgeschnitten, und jetzt wieder mit Massage und Mobilisation der Gelenke begonnen. Die Steifigkeit der letzteren ist keine grosse, und es gelingt schon nach einigen Tagen, die normale Beweglichkeit wieder herbeizuführen, falls dieselbe nicht schon gleich nach Abnahme des Gipsverbandes vorhanden war, wie es Autor oft gesehen hat. Ist kein Federn der Bruchenden mehr vorhanden, dann stehen die Pat. auf und können

meist nach einigen Versuchen mit Hilfe eines Stockes gehen. Es ist bemerkenswerth, wie gering die nach den ersten Gehversuchen eintretenden Schwellungen sind, und auch späterhin hat Autor das so oft so lästige Oedem kaum oder nur angedeutet gesehen; die Atrophie der Muskeln ist eine geringe. Wenn die Pat. in der 5. Woche aufstehen, so ist die Gebrauchsfähigkeit Ende derselben oder in der 6. Woche eine so gute, dass weitere Nachbehandlung gar nicht mehr nöthig ist. Die Behandlung der Ober- und Unterarmfracturen ist ziemlich dieselbe, nur dass hier gleich vom 1. Tage an eine Gipshanfschiene angelegt wird, die während der Massage in den ersten 12 Tagen jedesmal abgenommen wird. Am 12. Tage macht Autor auf den abgeschwollenen Arm entweder eine neue, genau sitzende Gipshanfschiene, oder legt bei Unterarmfracturen einen circulären Verband an, der ebenfalls bis zum 26. Tage liegen bleibt. Die Fracturen des Radius behandelt Autor so, dass er nach sofortiger Reposition den von Storp angegebenen Verband anlegt, sofern nicht die Bruchenden grosse Neigung zur Verschiebung zeigen. Im letzteren Falle legt er eine Schiene an und behandelt in obiger Weise, im ersteren wird der Unterarm central von dem kleinen Verbande täglich massirt und Finger, sowie Handgelenk bewegt. Des Autors Princip ist also: Massage gleich vom 1. Tage an, daneben Lagerung auf eine Schiene und Priessnitz, Immobilisation der Bruchenden in exacter Stellung nach Abnahme der Schwellung vom Beginn der Callusbildung an bis zur Consolidation, die eine Verschiebung der Bruchenden ohne bruske Gewalt nicht mehr zulässt, dann wieder Massage und Mobilisation der Gelenke bis zur völlig festen Vereinigung, und dann ausgiebiger Gebrauch des verletzten Gliedes. (Centralblatt f. Chirurgie 1903 No. 5.)

- Wie leicht und bequem die **Einrenkung der Schulterluxation nach Riedel** ist, erfuhr Dr. J. Brennsohn (Mitau) jüngst wieder. Ein grosser, stark gebauter Herr von 30 Jahren zog sich durch Fall eine linksseitige Luxatio humeri praeglenoidalis (subcoracoidea) zu. Er wurde auf einen Stuhl ohne Lehne gesetzt, das Dienstmädchen fixirte die linke Schulter, Autor erfasste den linken Arm des Pat., zog ihn schräg nach der rechten Beckengegend hin, übte einen mässig starken Zug aus, und mit einem Knacken war der Kopf in der Pfanne. Bei der ausserordentlich starken Muskulatur des Pat. wäre eine Einrenkung nach der früher üblichen Methode ohne Chloroformnarkose wie hier gar nicht denkbar gewesen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 3.)

- Einen **Beitrag zur traumatischen, nicht complicirten Luxation der Extensorensehnen der Finger** liefert Dr. A. Becker (Chirurg. Klinik, Rostock). Unter der traumatischen, nicht complicirten Luxation einer Sehne verstehen wir die durch eine gewaltsame Gliedbewegung oder directe Gewalt (Schlag, Stoss) hervorgerufene subcutane Ortsveränderung der Sehne nach Zerreissung ihrer fascialen oder synovialen Scheiden, ohne dass gleichzeitig eine Verrenkung der benachbarten Knochen oder eine Verletzung der Haut und übrigen Weichtheile stattgefunden hat. Während bei Luxationen und complicirten Fracturen der Knochen oder grösseren Weichtheilszerreissungen, wie solche an den Händen bei den häufig vorkommenden Maschinenverletzungen, eine Dislocation der Sehne nach Zerreissung ihrer Scheide nicht zu den Seltenheiten gehört, während ferner auch sich allmählich entwickelnde Deviationen der Strecksehnen der Finger im Anschluss an Gelenkrheumatismus häufig beobachtet sind, ist jene nicht complicirte Luxation einer Sehne ein sehr seltenes Vorkommniss. Am bekanntesten ist noch diese Luxation bei den Peronealsehnen, wo sie schon mehrfach beschrieben worden ist. Dagegen ist bisher von traumatischen subcutanen Luxationen der Extensorensehnen der Finger noch nicht viel die Rede gewesen. Autor beschreibt jetzt einen derartigen Fall: 43jähriger Steueraufseher kommt am 11. IV. 1901 mit der Angabe, dass er vor 8 Tagen beim Ergreifen eines grösseren Gegenstandes mit der rechten Hand plötzlich einen hörbaren „Knacks“ und leichten Schmerz auf dem rechten Handrücken im Bereiche der Strecksehne des rechten Mittelfingers verspürt habe. Seitdem habe er eine gewisse Unsicherheit beim Gebrauche der Hand, auch schmerze ihn dieselbe immer noch. Die Untersuchung ergab: Keine sichtbaren Zeichen einer äusseren Verletzung der Hand. Am Handrücken bei gestreckter Stellung der Hand und Finger keinerlei Veränderung, flectirt Pat. aber die Finger, so gleitet die bis dahin in normaler Lage befindliche Sehne vom 3. Metacarpusköpfchen unter sicht- und hörbarem Knacks und schmerzhafter Empfindung ulnarwärts in das Spatium interosseum zwischen 3. und 4. Metacarpus ab, bei Extension des Fingers kehrt sie in die normale Lage wieder zurück (bei den mageren Händen auch mit den Augen gut zu verfolgen). Am 12. IV. in Narkose und Blutleere Freilegung der Strecksehne des rechten Mittelfingers durch 5 cm lange, auf dem Dorsum des zugehörigen Metacarpus längs verlaufende Incision. Der die Streck-

sehnen des Zeige- und Mittelfingers verbindende Sehnenstreifen an der radialen Seite der Strecksehne des Mittelfingers quer abgerissen. Die Strecksehne des Mittelfingers glitt bei der Flexion dieses Fingers in der That immer vom Metacarpusköpfchen ab und wich nach der Kleinfingerseite hin ab, und zwar wurde sie durch die zwischen 3. und 4. Strecksehne befindliche Sehnenverbindung zur Seite gezogen. Eine Naht des durchrissenen Sehnenbandes schien unthunlich und in Bezug auf den Erfolg zweifelhaft, weil dasselbe unmittelbar an der Sehne des Mittelfingers abgerissen war und man daher durch eine Vereinigung dieses Bandes mit der Sehne selbst diese vielleicht in ihrer Gleitfähigkeit geschädigt hätte. Da andererseits die Sehnenverbindung mit dem 4. Finger einer Reposition der luxirten Mittelfingerstrecksehne und Fixation an normaler Stelle entgegenarbeitete, so wurde auch diese an der ulnaren Seite der Mittelfingerstrecksehne quer durchschnitten und dann, da ihr jetzt keine functionelle Bedeutung mehr zukam, ganz entfernt. Sodann wurde, um eine Art Sehnenscheide zu bilden, nach Reposition der Sehne an ihre normale Stelle das umgebende lockere Bindegewebe zu beiden Seiten der Sehne gefasst und durch einige Catgutknopfnähte über ihr vereinigt. Hautnaht. Fixation der Hand in gestreckter Stellung im Schienenverbande. Aseptische Heilung. Nach 8 Tagen Entfernung der Hautnähte. Nach 3 Wochen (in diesen war die Hand dauernd in gestreckter Stellung fixirt) vorsichtige passive Bewegungen. Das Resultat blieb dauernd ein gutes, keine Beschwerden, Function von Hand und Fingern normal. Der Fall ist in mehrfacher Beziehung bemerkenswerth. Zunächst das so unbedeutende Trauma: einfaches extremes Spreizen der Finger. Eine Zerreissung der Sehnenscheide kommt nicht in Betracht, da die gemeinsame Sehnenscheide des Extens. digitor. comm. nicht so weit nach vorne reicht, sondern nur eben das Ligam. carpi dors. überragt. Von hier ab verlaufen die Sehnen, in lockeres Bindegewebe eingebettet, ohne eigentliche Scheide. Dagegen kommt den Sehnenanastomosen zwischen 2. und 3. und 3. und 4. Strecksehne in diesem Falle wohl gewiss eine aetiologische Bedeutung zu. Diese Verbindungsstränge zwischen den Strecksehnen (Fasciculi communicantes, juncturae tendinum) sind in ihrem Vorkommen nicht ganz constant. Während die Strecksehne des 5. Fingers oft fehlt und durch einen derartigen, von der Strecksehne des 4. Fingers abgehenden Sehnenstreifen ersetzt wird, pflegt zwischen 3. und 4. Streck-

sehne ein solches Sehnenfascikel normaler Weise vorzukommen, dagegen kann dasselbe wiederum zwischen der Strecksehne vom Mittel- und Zeigefinger fehlen. In obigem Falle war durch das forcirte Spreizen der Finger das Sehnenband zwischen Zeige- und Mittelfingerstrecksehne unmittelbar an letzterer abgerissen, und so konnte diese Sehne infolge des von dem zum 4. Finger laufenden Verbindungsstreifen ausgeübten Zuges um so leichter ulnarwärts luxirt werden. Auf diese Eigenthümlichkeiten musste natürlich beim therapeutischen Handeln Rücksicht genommen werden. Das Gegebene war, die Verbindung zwischen 3. und 4. Finger einfach zu reseciren, da eine functionelle Bedeutung diesen Sehnenanastomosen nur insofern zukommt, als sie die Selbstständigkeit der Streckbewegungen der Finger beschränken. Nachdem dies geschehen war, konnte man hoffen, dass die Sehne in der sodann künstlich aus dem umgebenden lockeren Zellgewebe gebildeten Sehnen-scheide sich dauernd fixiren liess; der Erfolg bestätigte dies. (Schluss folgt.)

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 12.)

### **Furunkel. Einige Bemerkungen zur Behandlung der Furunculosis**

macht Dr. M. Cohn (Hamburg) im Anschluss an seine eigene Krankengeschichte und fasst nach den dabei selbst gemachten Erfahrungen betreffs der Behandlung des Leidens die dabei am meisten empfehlenswerthe Methode folgendermaassen zusammen: „Von allen inneren Arzneien ist abzusehen. Ausser Regulirung des Stuhlgangs käme höchstens Nenndorfer Schwefelwasser in Frage. Sowie sich durch Schmerz oder auch nur durch Juckreiz an irgend einer Körperstelle eine kleine Röthung oder Schwellung, selbst nur in Form einer einfachen Folliculitis, bemerkbar macht, ist diese je nach ihrer Grösse mit einer stecknadelkopf- bis bohnergrossen Menge Ichthargansalbe 2—3 mal täglich einzureiben, wobei darauf zu achten ist, dass die Salbe zunächst in die Umgebung des F. hineingerieben wird und zuletzt erst in diesen selbst, um neue Nachschübe zu vermeiden. Die Vorschrift für die von mir verwandte Salbe ist:

Rp. Ichthargan 10,0\*)  
 Aq. dest 5,0.  
 Glycerin. 10,0  
 Lanolin. 35,0  
 Vasel. flav. 40,0

\*) Bei sehr empfindlicher Haut oder in leichten Fällen 5,0.

In einigen Tagen, manchmal schon nach 24 Stunden, ist die Entzündung wesentlich zurückgegangen, und man kann nun je nach Sachlage ein kleineres Quantum derselben oder einer schwächeren Ichthargansalbe einreiben oder ein kleines Salicylseifenpflaster, falls sich ein Eiterpfropf gebildet, für 12—24 Stunden auflegen, oder falls sich Ekzem bemerkbar macht, eine 10%ige Ichthyolpaste anwenden lassen. Das letztere tritt besonders leicht in der Genitalgegend auf und hier ist Vorsicht am Platze. Infolgedessen ist an dieser Stelle der Platinbrenner nicht zu entbehren, weil zeitweilig die F. nicht genügend lange der Ichtharganwirkung ausgesetzt werden können, zumal sich bei jeder Bewegung durch die Reibung der Haare auf der gesalbten Fläche ein neuer Reiz dem Entzündungsschmerz hinzugesellt. Das Rasiren hat sich mir nicht bewährt. Ist der F. genügend gebrannt und der Eiter entleert, so genügt zur Nachbehandlung obige Ichthyolpaste. Von der Behandlung mit dem Messer muss ich im Allgemeinen abrathen, abgesehen von solchen Fällen, in welchen es sich um apfelgrosse Carbunkel handelt. Dann ist es gewöhnlich für eine Ichtharganbehandlung zu spät, doch kann man durch mehrfaches Einbrennen auch hier das Schneiden und den Wundverband umgehen und mit einem Salicylseifenpflaster und Zinkpflasterbedeckung auskommen. Ferner ist in der ersten Zeit täglich ein Bad unbedingt erforderlich, wenn es die Mittel erlauben, in Form des Ichthyol-\*) oder Schwefelbades. Für Unbemittelte verwende man die von Arning empfohlenen Creolinbäder. Eine Cur in Nenndorf oder anderen Schwefelbädern kann die Behandlung erleichtern, doch rechne man nicht immer auf sicheren Erfolg.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1903 Bd. 36 Nr. 4.)

**Gonorrhoe.** Ein neues Prophylacticum zur Verhütung von **Geschlechtskrankheiten** empfiehlt Dr. Ernst J. Feibes (Aachen). Auf seinen Wunsch hat sich die dortige Weber'sche Hirschapotheke seit 2 Jahren damit beschäftigt ein Mittel zu finden, das die Nachtheile der bisherigen derartigen Mittel nicht hat, sondern in einfacher, handlicher Form *gleichzeitig Schutz gegen Ansteckung mit Syphilis, Ulcus molle und G.* bietet, dabei weder schmerzt, noch fleckt, noch anderes Unangenehme an sich hat. Es gelang endlich im vorigen Jahre, ein Mittel herzustellen, das allen Anforderungen genügte. Man fand eine Methode, das *salicylsaure Queck-*

\*) Pro balneo mindestens 60 g (kosten Mk. 5).



*silber* in stärkerer Concentration als bisher zur Lösung bringen. Die mit diesem Mittel angestellten Versuche befriedigten in jeder Hinsicht. Dabei war die Application des in einem schleimigen Vehikel gelösten Mittels auf die Harnröhrenschleimhaut, was Reizung und Schmerzhaftigkeit anlangte, durchaus belanglos. Autor brachte sich öfters ein kleines Quantum ins Auge, das dadurch nie eine Reizung erfuhr. Dr. Aufrecht (Berlin) untersuchte das „*Protector*“ benannte Mittel genauer. Zunächst machte er Abtötungsversuche mit frischen Culturen von Gonokokken. *Protector* tödtete Gonokokken nach 30 Secunden. *Protector* tödtete ferner den Bacillus des weichen Schankers in weniger als 1 Minute; ja dieser Bacillus starb noch in einer 0,5 % ige Lösung in 5 Minuten ab, wurde bei einer Verdünnung von 1:1000 in der Entwicklung gehemmt. Bei weiteren Versuchen wurde mit Streptokokken operirt, entnommen einem cystitischen Harne: *Protector* tödtete die als sehr resistent bekannten Streptokokken schon nach 3 Minuten ab. Nunmehr wurden vom Autor Versuche am Menschen gemacht, um festzustellen, wie *Protector* gegen Tripperansteckung wirken würde, der dabei verwandte Trippereiter, jedesmal einer unbehandelten, frischen G. entstammend und reichlich Gonokokken aufweisend, wurde mittelst Platinöse direct von Urethra zu Urethra übertragen. Erst wurde 1 Tropfen Trippereiter mit 1 Tropfen *Protector* verrieben und nach 1 Minute in die Harnröhre gebracht: Infectio vacat. Im 2. Versuch wurde 1 Tropfen reinen Trippereiters auf der Urethral Schleimhaut leicht verrieben, Application des *Protector* nach 3 Minuten: Infectio vacat. Im 3. Versuch erfolgte Application des *Protector* erst nach 6 Minuten: Infectio vacat. So Fortführung der Versuche bis zur Zeitdauer von 45 Minuten zwischen Inoculation des Eiters und Application des *Protectors*. Stets, in mehr als 60 Versuchen, erwies sich *Protector* als sicheres Schutzmittel. Nun wurde zum weichen Schanker übergegangen. 8 mal wurden Versuche in der Weise gemacht, dass mit einem scharfen Messer eine leichte Excoriation am Arm erzeugt, diese mit *Protector* bestrichen und dann Eiter und Blut von *Ulcus molle* leicht aufgerieben wurde; der Eiter blieb 10 Minuten liegen, wurde dann nur mit Wasser entfernt und die Stelle wieder mit *Protector* bestrichen, der dort eintrocknete: allemal blieb sogar jede Entzündung aus. Ein gründliches Bestreichen des Penis vor der Immissio dürfte demnach wohl als sicheres Präservativ gegen Infection mit *Ulcus molle* betrachtet werden; denn durch die grosse Schlüpfrigkeit

wird einerseits einer Verletzung vorgebeugt, andererseits werden etwa vorhandene Excoriationen mit einem wirksamen antiseptischen Ueberzuge versehen. Und selbst wenn das Mittel durch den Vaginalschleim verdünnt wird, wirkt es doch noch energisch genug, da ja sogar die sehr widerstandsfähigen Streptokokken des cystitischen Harnes noch in einer 50%igen Verdünnung innerhalb 5 Minuten abgetötet wurden. Danach läßt sich wohl auch der Schluss ziehen, dass der Träger des syphilitischen Virus dem Protector nicht Widerstand zu leisten vermag. Die klare gallertartige Masse ist in einer Tube enthalten, die direct zur Einspritzung dient und an ihrem Ende einem conischen Ansatz aus Weichgummi trägt; *leichter* Druck auf die Tube genügt, 2—3 Tropfen bis zur Fossa navicularis hinzubefördern;  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde später soll der Pat. uriniren, um jede Tiefenwirkung des Mittels zu vermeiden. Der Inhalt der Tuben ist unbegrenzt haltbar. Die Gebrauchsanweisung wäre also folgende: 1. Vor dem Coitus werden auf dem Gliede, besonders auf Glans und Praeputium, 2—3 Tropfen der Flüssigkeit verrieben; gleichzeitig kann man 1—2 Tropfen in die Urethra schaffen (leichter Druck!). 2. Nach dem Coitus wird das Glied wenn möglich gewaschen, wieder mit einigen Tropfen des Mittels bestrichen und 2—3 Tropfen in die Harnröhre gebracht. 3.  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde nach Application wird urinirt. Die Tuben sind in Aachen seit  $\frac{3}{4}$  Jahr in Gebrauch; nie war eine Infection zu beklagen, obwohl bei denselben Frauenzimmern Leute, die sich nicht genügend geschützt hatten, mit G. inficirt wurden.

(Die Krankenflge, März 1903.)

- **Crurin pur.** (*pro injectione*) wurde in Dr. M. Joseph's Poliklinik (Berlin), wie Dr. R. Stern von dort berichtet bei 49 Pat. mit G. angewandt, indem folgende Injectionsflüssigkeit benützt wurde:

Rp. Crurin. pur. 1,0  
 contere c.  
 Aq. dest.  
 Glycerin. aa 5,0  
 adde paulatim  
 Aq. dest. q. s. ad 200,0

Crurin leistete als gonokokkentödtendes Mittel vorzügliche Dienste, auch in Fällen, wo andere gerühmte Präparate im Stiche gelassen hatten. Es war nie nöthig, zu Combinationen mit anderen Mitteln zu greifen, wie es andere in manchen Fällen für nöthig hielten, sondern es genügte stets Crurin

allein zur Heilung. Was die adstringirende Kraft des Crurins anbetrifft, so gelang es, damit allein 47 Fälle acuter G., also über die Hälfte der Fälle, innerhalb der dem Tripper eigenen Verlaufszeit von 8 Wochen zu heilen, und unter diesen wieder die Hälfte verhältnissmässig früh. Andere, worunter freilich auch einige chron. Fälle, sind in der entsprechenden Zeit wenigstens bis zur Besserung gebracht worden. Die voll wirksamen  $\frac{1}{2}$ —1%igen Emulsionen wurden meist ohne jede Beschwerde vertragen, selbst von nervösen Pat., 1½%ige verursachten einige locale Schmerzen, doch wurde 2 mal sogar 2%ige reactionslos und mit guter Wirkung mittelst Guyonkatheters instillirt. Im Allgemeinen eignet sich Crurin für letzteres Verfahren nicht gut, weil durch die Pulverkörnchen die enge Katheterröhre sehr leicht verstopft wird. Crurin macht keine Flecke auf Körper und Wäsche, der Geruch ist erträglich. Vor allem aber wegen seiner Reizlosigkeit und der ausserordentlich prompten Wirkung auf die Gonokokken ist Crurin als sehr gutes Mittel zur Behandlung der acuten G. zu bezeichnen, die durch Crurin allein in womöglich kürzerer Zeit, als durch andere Mittel, zu gedeihlichem Ende geführt werden kann.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 12.)

— **Zur Frage des Argentumkatarrhs der Neugeborenen** ergreift Dr. C. W. Bischoff (kgl. Univers.- Frauenklinik zu Bonn) das Wort, indem er über 100 Neugeborene berichtet, bei denen die Einträufelung mit 2%iger Argent. nitr.-Lösung *genau nach den alten Credé'schen Vorschriften* gemacht wurde. Ueber die danach eingetretene *Reaction* belehrt folgende Tabelle:

| Tag | stark | mässig | gering | minimal | keine |
|-----|-------|--------|--------|---------|-------|
| 1   | 0     | 20     | 22     | 38      | 20    |
| 2   | 0     | 0      | 6      | 22      | 72    |
| 3   | 0     | 0      | 1      | 10      | 89    |
| 4   | 0     | 0      | 0      | 0       | 100   |

Also in 80% der Fälle wohl Reaction, aber eine so mässige und kurzdauernde, dass eine Behandlung unnöthig war (Autor hält eine solche sogar bei dieser geringen Reaction eher für schädlich). Bei dieser so harmlosen Reaction und bei dem überwältigenden Material, durch das die Leistungsfähigkeit der 2%igen Arg. nitr.-Lösung bewiesen ist, hält Autor das ursprüngliche Credé'sche Verfahren zur Zeit noch für das empfehlenswertheste. Wenn Manche stärkere

Reaction danach erlebten, so lag das jedenfalls daran, das sie sich nicht streng an die Credé'schen Vorschriften hielten.

(Centralblatt f. Gynaek. 1903 No. 10.)

- Einen Fall unzweifelhafter **Gonokokkenpneumonie** beobachtete Dr. Bressel (Diakonenkrankenhaus Duisburg a. Rh.) bei einem 32jähr. Manne mit acuter Gonorrhoe.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 13.)

### **Magen- und Darmkatarrh. Xeroform bei Kindern**

empfiehlt warm Dr. E. Toff (Braila). Er benützt es hier seit 7 Jahren in der Behandlung acuter und chronischer Durchfälle und schätzt es als verlässliches, prompt wirkendes Mittel, bei dem wohl nicht nur die antiseptische Wirkung der Phenolverbindung und die deckende des Wismutoxyds, sondern auch die analgetische des Broms in Betracht kommt. In den sehr zahlreichen Fällen von Enteritis und Gastroenteritis bei Kindern, in welchen Autor Xeroform ordinarie, hat er nie irgendwelche nachtheilige Nebenwirkung beobachtet. Bei Gastritis mit heftigem Erbrechen, wo jedes andere Medicament erbrochen wird, bleibt meist Xeroform und stellt bald auch die Toleranz für Nahrung wieder her. Autor verordnet gewöhnlich für Kinder bis zu zwei Jahren 0,5—1,0 g Xeroform auf 100 g Emulsio amygd. oder Mixtur. gummosa, lässt event. noch etwas Syr. Menthae hinzusetzen und stündlich 1 Kaffeelöffel geben; bei grösseren Kindern kann man bis 2 g täglich geben. Auch bei abnormen Gährungsvorgängen im Verdauungstracte bewährte sich das Mittel bestens. Dasselbe gab Autor endlich mit Erfolg bei Typhus abdominalis, Dysenterie und gastrischen Fiebern paludischen Ursprungs.

(Centralblatt f. Kinderheilk. 1903 No. 3.)

- **Kufekemehl** hat Dr. F. Dorn (Berlin) oft als rettende Nahrung bei Brechdurchfällen der Säuglinge kennen gelernt und auch wiederholt bei geschwächten Magendarmfunctionen älterer Kinder mit bestem Erfolge in Anwendung gezogen, sodass er dieses Kindermehl warm empfiehlt.

(Deutsche Ärzte-Ztg. 1903 No. 7.)

### **Scarlatina. Sozjodol-Natrium** als vortreffliches Mittel bei

S. hat Dr. F. Blumenfeld (Kassel) schon früher als Assistent am Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus in Berlin kennen gelernt und auch jetzt noch wendet

er dies Mittel mit gutem Erfolge hier an. Als Specificum gegen S. kann er allerdings das Präparat nicht bezeichnen, wohl aber leistet dasselbe die besten Dienste bei scarlatinöser *Angina*. Hierbei bewährten sich früher am besten noch die von Baginsky in genanntem Krankenhause eingeführten Tupfungen und Pinselungen mit Ichthyolsublimat (Sublimat 0,05 + Ichthyol. 5,0 : 100,0), aber diese Behandlung ist eine qualvolle für die Patienten und erfordert sehr geschickte Hände, was bei Sozodol-Natrium nicht der Fall ist. Dieses Mittel, auf die erkrankten Schleimhäute gebracht, übt schon nach kurzer Zeit eine günstige Wirkung aus, selbst in schweren Fällen, wo ausgedehnte Beläge vorhanden sind und das ganze Krankheitsbild ein schweres ist; die Beläge lockern sich rasch, stossen sich ab, der übelriechende Athem verschwindet, die Schwellungen gehen zurück u. s. w., wenn man Sozodol-Natrium, Flor. sulfur. aa mittelst langen Papierrohres mehrmals täglich in die Mundhöhle einbläst. Allerdings wird bei sehr empfindlichen Pat. durch die Pulverapplication manchmal Husten und Erbrechen erzeugt, weshalb Autor in solchen Fällen das Mittel intern gab:

Rp. Sozodol-Natrii 2,5  
Glycerin.  
Aq. dest. aa 25,0  
S. 2stdl. 1 Theelöffel.

Auch so wirkte das Mittel, freilich schwächer. Jetzt bedient sich Autor eines Oelzerstäubers (Lieberg, Kassel), der mit einer concentrirten Sozodolnatrium-Glycerinlösung (unter Zusatz von etwas Menthol) gefüllt wird und das Medicament fein zerstäubt in die Mundhöhle und selbst in die tieferen Athmungswege bringt, wo es sich nie unangenehm äussert, wohl aber sehr intensiv wirkt, indem es fester und länger den erkrankten Theilen anhaftet, als es das Pulver vermag.

(Medicin. Blätter, Februar 1903.)

**Seckrankheit.** Prof. C. Binz beschäftigte sich mit **Wesen und Behandlung der S.** näher, veranlasst durch ein Geheimmittel „*Yanatas*“, das ihm übergeben wurde, um zu untersuchen, woraus es bestehe. Auf einer stürmischen Fahrt in der Adria hatte die jugendliche Gattin eines ihm befreundeten Arztes davon Gebrauch gemacht und zwar mit zweifellosem Erfolge. Der Bericht des Arztes lautete: „Am 1. Tage der Reise auf der Segeljacht bei hohem Wellengang starke S. Es folgten dann 5 Tage am Lande.“

Darauf die 2. Fahrt, die besonders unangenehm war, denn wir hatten hohen Seegang bei Windstille. Yanatas wurde nach Vorschrift genommen. Meine Frau lag an Deck, den Kopf ziemlich hoch. Fester Schlaf trat ein. Das Gesicht war stark geröthet, während es unter gewöhnlichen Verhältnissen blass ist. Wenn sie wach wurde, empfand sie die schaukelnden Bewegungen des Schiffes unangenehm, aber Erbrechen entstand nicht. Üble Nachwirkungen des Mittels erschienen weder gleich, noch später“. Yanatas (das Wort ist gebildet aus den Anfangsbuchstaben des engl. Satzes: „You are now able to avoid seasickness“, „Sie sind jetzt im Stande, S. zu vermeiden“) ist eine leicht roth gefärbte Flüssigkeit, die in Flaschen von etwa 110 g Inhalt aus London in den Handel gebracht wird. (Preis Mk. 5,—.) Die Flasche enthält, wie die Untersuchung zeigte, etwa 1 g Chloralhydrat; es handelt sich um eine 1%ige, mit Säurefuchsin gefärbte, etwas parfümirte Chloral-lösung. Davon soll  $\frac{1}{3}$  genommen werden 2 Stunden, ehe man an Bord geht,  $\frac{1}{3}$  bei Beginn der Fahrt,  $\frac{1}{3}$  wenn noch nöthig, 3—4 Stunden später. Dass bei S. mässige Gaben Chloralhydrat von Nutzen sind, ist bekannt; Chloral beruhigt das Gehirn und erweitert die Arterien des Kopfes, und darauf kommt es an, wenn man Wesen und Ursachen der S. richtig erfasst. Binz hat aus den Meinungen der Autoren, aus eigenen Experimenten und theoretischen Erwägungen Folgendes herausgefunden:

1. Das Schaukeln des Schiffes verursacht eine Verengerung der Arterien des Kopfes und damit acute Blutarmuth des Gehirns.
2. Diese acute, örtliche Blutarmuth hat hier, wie bei ihren anderen Anlässen, zur raschen Folge Übelkeit und Erbrechen.
3. Die das Würgen und Erbrechen hervorrufende heftige Thätigkeit der Bauchpresse treibt eine grössere Menge Blut nach dem Gehirn, beseitigt so auf kurze Zeit dessen Blutarmuth und unterbricht damit das Übelbefinden.
4. Der Magen spielt in der Seekrankheit nur eine passive Rolle. Er wird von dem Centralorgan zum Brechact angeregt, gleichviel, ob er gefüllt ist oder nicht.
5. Alles, was geeignet ist, die Zufuhr des Blutes zum Gehirn zu erleichtern und zu vergrössern, wirkt vorbauend, lindernd oder heilend auf die S.

Unerklärt bleibt freilich der letzte Grund, nämlich das Zustandekommen der Arterienverengerung des Kopfes

durch das Schaukeln. Aber das ist nicht befremdender, als die Verengerung oder Erweiterung der Kopfarterien bei Gemüthsaffecten (Schamgefühl, Zornblässe etc.), von denen wir auch nicht mehr wissen, als dass sie auf einen Reiz, der von aussen her durch die Sinne auf das Organ des Bewusstseins eindringt, mit einem Male da sind. Was die Therapie anbelangt, so wäre als physikalisches Heilmittel zuerst die horizontale Lage zu nennen, als diaetetisches eine möglichst gute Ernährung des Gehirns durch eine kräftige Mahlzeit einige Stunden ehe man zu Schiffe geht, als chemische Heilmittel alle diejenigen, die eine Erweiterung der Gehirngefässe herbeiführen. So Chloralhydrat, das man doch ruhig in Gaben von etwa 0,3 drei- bis einmal innerhalb einiger Stunden bei sonst gesunden Menschen anwenden kann. Freilich passt das nur für kurze Seereisen. Auch einige Tropfen Amylnitrit eingeathmet werden bei kurzen Seefahrten erspriessliche Dienste leisten können. Auch Bromkalium und Antipyrin, beide in nicht zu kleinen Gaben, wurden sehr empfohlen; theoretisch ist die Möglichkeit ihres Erfolges wohl zugegeben.

(Centralblatt f. innere Medicin 1903 No. 9.)

- **Brom** empfiehlt Dr. O. Dornblüth (Frankfurt a. M.), um die Widerstandsfähigkeit gegen die S. und gegen das bei *Bahnfahrten* auftretende Uebelsein zu steigern. Dazu Veranlagte, sollen 1 Woche vorher jeden Abend 2—3 g Bromnatrium nehmen; im Nothfall, namentlich vor kurzen Bahnfahrten, genügen 3 Abende zur Vorbereitung. Bei mehrtägigen Fahrten lässt Autor das Mittel auch während dieser Tage in derselben Dosis nehmen, bei noch längeren Fahrten die Dosis allmählich verringern. Wichtig ist es, dass die gewohnten Zeiten der Nahrungsaufnahme und möglichst auch die Art der Kost beibehalten wird, ferner dass Damen ohne Corsett, aber mit einer Leibbinde fahren.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 13.)

**Tabes dorsalis.** Einen **Fall von T., combinirt mit spinaler progressiver Muskelatrophie** bei einem 45jähr. Manne, demonstriert Köster. Pat., der sich 1893 luetisch inficirte, mehrfach Exantheme und specifische Behandlungen durchgemacht hat, bietet zur Zeit das Bild einer T. dar. Lidlähmung am rechten Auge, reflectorische Pupillenstarre, Andeutung des Romberg'schen Phaenomens, Verlust der Patellarreflexe, Analgesie der Unterschenkelhaut, Potenzverlust, lancinirende Schmerzen in den Beinen. Dazu Anaesthesie

und Analgesie in beiden Ulnarishandgebieten und eine ebenso vollständige Anaesthesie und Analgesie in einer Zone, welche vom Proc. spinosus des 3. Brustwirbels beginnend nach unten bis zum Proc. spinosus des 1. Lendenwirbels reicht und wie ein breites Corsett den Thorax circulär, dem Nervenverlaufe entsprechend, umschliesst. Durchstechungen der Haut an beliebigen Stellen im Bereiche der erwähnten Zone werden weder als Schmerz noch als Berührung empfunden. Zu diesem tabischen Symptomencomplex, der seit 3 Jahren besteht, gesellt sich nun seit einem Jahre Abmagerung und fortschreitende Atrophie der Daumen- und Kleinfingerballen und in den Spatia interossea beider Hände, besonders der rechten, Hände stark abgemagert, Strecksehnen springen weit vor, Spreizung der Finger erfolgt unvollkommen, die beiden kleinen Finger können gar nicht ab- und adducirt werden, sondern stehen unbeweglich, von den übrigen durch einen Zwischenraum getrennt. Opposition des rechten Daumens unmöglich, des linken nur unvollkommen ausführbar. Adduction des Daumens ist beiderseits nur schwach möglich. Elektrisch besteht im Bereiche der Handmuskeln beträchtliche Herabsetzung, der Erregbarkeit, stellenweise EAR. Der 2. und 3. Finger der rechten Hand können nicht in der Grundphalanx gestreckt werden, sondern hängen schlaff herab. Ausserdem findet sich eine beginnende Atrophie der Mm. supraspinatus und infraspinatus beiderseits, während die Muskulatur der Arme weder functionell noch elektrisch eine wesentliche Abweichung von der Norm erkennen lässt. Gegen die Annahme einer Neuritis spricht die Doppelseitigkeit der Muskelatrophien und das Fehlen von Schmerzen. Die vorhandene Anaesthesie und Analgesie im Ulnarishautgebiet beider Hände kann nicht für eine neuritische Affection verwendet werden, da die Anaesthesie bereits seit 2 Jahren als ein bei T. häufig zu beobachtendes Symptom besteht, während sich die Atrophie der Handmuskeln, auch der vom N. ulnaris versorgten, unter den Augen des Autors erst seit 1 Jahre allmählich entwickelte. Es stellt der Fall eine seltene Combination von T. mit spinaler progressiver Muskelatrophie dar, wobei der Umstand besonders interessant ist, dass der tabische Process nach oben in den Segmenten der Medulla seine vorläufige Begrenzung findet, in denen die Muskelatrophie ihren Anfang nimmt. Die Vereinigung der Degeneration und Atrophie der Vorderhörner mit dem Untergange der Hinterstränge in ein und demselben Rückenmarksquerschnitt ist jedenfalls ein seltenes Vorkommniss

(Medicin. Gesellschaft zu Leipzig, 17. II. 1903. —  
Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 12.)



— Ueber **juvenile T. und ihre Beziehungen zur hereditären Lues**

lässt sich Dr. P. Linser (medic. Klinik Tübingen) aus, im Anschluss an eine Beobachtung. Letztere betraf ein 34jähr. Fräulein, die schon seit ihrem 15. Lebensjahre an Kopfschmerzen und Schwindelgefühl, seit dem Anfange der 20er Jahre an ausgesprochen lancinirenden Schmerzen leidet. Mit 25 Jahren traten dazu Pupillenstarre, Paraesthesien, die Patellarreflexe verschwanden. Jetzt besteht ausserdem noch das Romberg'sche Phaenomen und Anisokorie. Es handelt sich also um eine zweifellose, seit dem 15. Lebensjahre sich langsam entwickelnde T. In den meisten Fällen dieser juvenilen T., die bisher publiciert sind, begannen die ersten Erscheinungen ebenfalls in der Pubertätszeit, und die Affection zeigte ein auffallend langsames Fortschreiten. Schon die Prodromalerscheinungen sind gewöhnlich so gering, dass zuerst an Hysterie gedacht wird, wie es auch im obigen Falle geschah. Auch später ist ein jahrelanger vollkommener Stillstand der Erscheinungen die Regel, sodass man die sonst die Pat. am meisten störenden Ataxieen erst relativ spät findet. Aetiologisch kommt fast ausschliesslich die hereditäre Syphilis in Frage. Bei obigem Falle schien hiervon keine Rede zu sein, Pat. war auch zweifellos frei von acquirirter Lues: Sie war Virgo intacta, hatte ihre Jugendjahre in einem ländlichen Pfarrhause durchgemacht und stand seit dem 20. Lebensjahre stets in ärztlicher Behandlung, ohne dass ein Zeichen von Lues gefunden wurde. Frühgeburten, Aborte waren in der Familie nicht vorgekommen, die Geschwister gesund. Allerdings soll Pat. in frühester Jugend an Ausschlägen, Drüsenschwellungen, Augenentzündungen gelitten haben, aber auch dies war kein Beweis für hereditäre Lues. Ein solcher ergab sich erst, als es sich herausstellte, dass der Vater der Pat. die letzten Lebensjahre in einer Anstalt wegen progressiver Paralyse zubrachte und bei seiner Section Zeichen von Syphilis entdeckt wurden. Er hatte sich 1867 inficirt, 1868 wurde Pat. als letztes Kind ihrer Eltern geboren. Hier zeigte es sich wieder, wie schwer es oft ist, den Zusammenhang zwischen T. und Syphilis aufzudecken.

(Münchener med. Wochenschrift 1908 No. 15.)

**Tuberculose.** Einen **Beitrag zur Frage der Identität der**

**Binder- und Menschentuberculose** liefert Dr. Troje (Braunschweig). Es handelt sich um eine sicher beobachtete Impftuberculose der Haut mit begleitender regionärer Lymphdrüsentuberculose und einem späteren Recidiv dieser Er-

krankungen infolge einer Infection mit Rindertuberkelbacillen bei einem blühenden, völlig gesunden und hereditär nicht belasteten Menschen. Koch hat im vorigen Jahre auf der internat. Tuberculoseconferenz eingeräumt, dass tuberculöse Infectionen bei Angehörigen des Fleischergewerbes oder bei Thierärzten im Anschluss an kleine Hautverletzungen gar nicht so selten vorkämen, doch seien das völlig harmlose Processe, die von selbst zur Heilung kämen, meist verrucöse Gebilde, schlimmsten Falls Sehnenscheidenentzündungen gutartigen Charakters. Es liege in der Litteratur kein Fall vor, in dem nach einer solchen auf eine Infection mit Rindertuberculose zurückführbaren localen Erkrankung eine regionäre Lymphdrüsentuberculose aufgetreten sei. Anschliessend an diese Ausführungen sah nun Koch die ihm von Troje vorgelegten mikroskopischen Präparate obigen Falles und erkannte dann an, dass hier thatsächlich die recidivirende tuberculöse Erkrankung der Lymphdrüsen mit grosser Wahrscheinlichkeit auf eine Uebertragung von Perlsuchtmaterial vom Rind auf den Menschen zurückgeführt werden müsse. Die Krankengeschichte lässt auch keine andere Deutung zu, als dass dem jungen Menschen gelegentlich einer leichten Verletzung am linken Unterarm beim Schlachten einer nachweislich tuberculösen Kuh das Virus der Rindertuberculose eingepft worden ist, das nach etwa 6wöchentlicher Incubation eine eigenthümliche, zunächst unter dem Bilde des tuberculösen Geschwürs auftretende, später den Charakter des Lupus annehmende tuberculöse Hautaffection verursachte, die von einer regionären tuberculösen Lymphdrüsenerkrankung begleitet wurde, und dass zweitens die Träger dieses Virus, also Perlsuchtbacillen, sich innerhalb der  $4\frac{1}{2}$  Monate, die vom Zeitpunkte der Infection bis zur operativen Entfernung der makroskopischen Erkrankungsherde vergingen, soweit in den der Impfstelle benachbarten Geweben verbreiten und sich hier solange ihre pathogene Wirksamkeit erhalten konnten, dass sie nach mehr als Jahresfrist hier einen subcutanen tuberculösen Abscess zu erzeugen und weiterhin entferntere Lymphdrüsengebiete zu inficiren vermochten. Zwei weitere Erklärungsmöglichkeiten, die noch für die Entstehung des Krankheitsprocesses hier in Frage kommen konnten, nämlich einmal die, dass Pat. eine latente T. gehabt habe, die sich nur zufällig gerade an der Stelle der kleinen Hautverletzung als Lupus manifestirt habe, oder zweitens die, dass eine nachträgliche Infection der durch die Verletzung entstandenen Hautschrunde mit von Menschen

herrührenden Tuberkelbacillen erfolgt sei, müssen beide als unzulässig zurückgewiesen werden; Pat., aus einer gesunden, langlebigen Familie stammend, wies weder während seiner Krankheit, noch während der jetzt über 2 Jahre dauernden ärztlichen Beobachtung irgendwelche anderweitigen Zeichen von T. auf, er kam nicht mit tuberculösen Individuen in Berührung. Es erschien besonders interessant, ob es dem Mikroskop gelingen würde, die hier vorliegenden, durch Perlsuchtbacillen hervorgerufenen Gewebsveränderungen an gewissen Merkmalen zu unterscheiden von den in menschlichen Geweben durch die gewöhnlichen Tuberkelbacillen erzeugten Krankheitsproducten. Prof. Beneke nahm diese Untersuchungen vor: eine sichere histologische Differenzierung der Haut- und Lymphdrüsentuberculose obigen Falles von Rindertuberkelbacilleninfektion gegenüber dem gewöhnlichen Lupus und der ihn begleitenden Lymphdrüsentuberculose war nicht ausführbar. Diese Aehnlichkeit der Reaction der menschlichen Gewebe auf die Einwanderung von Tuberkelbacillen menschlicher Herkunft und von Perlsuchtbacillen ist als weiteres Beweismoment für die Wesenseinheit der beiden Bacillenarten anzusehen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 11.)

- Zu dem Capitel **Entstehung der Lungentuberculose nach Trauma** liefert Leo Silberstein (Blankenhain i. Thür.) einen casuistischen Beitrag, indem er von 3 interessanten Beobachtungen berichtet. In 2 Fällen schloss sich unmittelbar an den Unfall eine Lungenblutung an, nach einiger Zeit wurde eine Lungenerkrankung manifest, ohne dass zwischen Unfall und Entstehung der Krankheit sich eine wesentliche Zeit vollkommenen Wohlbefindens anschloss, und nach wieder einiger Zeit war auch über die tuberculöse Natur des Leidens kein Zweifel mehr. Es konnte ja möglich sein, dass bei beiden Patienten, trotzdem sie aus durchaus gesunder Familie stammten und selbst bis zum Tage des Unfalls vollkommen gesund waren, bereits vor dem Trauma ein tuberculös erkrankter Lungenherd vorhanden war, oder dass eine tuberculöse Bronchialdrüse dagewesen ist, aus der durch die Contusion des Thorax Tuberkelbacillen ausgepresst und an die von dem Trauma betroffene Lungengewebsparthie gebracht sind. Mindestens ebenso wahrscheinlich ist es aber, dass in den beiden Fällen die Tuberkelbacillen von aussen her in die verletzten Lungen gelangt sind; die Zerreissung des Lungengewebes hatte ja nachgewiesenermaassen zu einer Blutung

geführt, in den Bronchien war dann reichliches Blutextravasat vorhanden als vorzüglicher Nährboden für Tuberkelbacillen, die dann durch das verletzte Lungengewebe mit Leichtigkeit in die Lunge gelangen konnten. In Fall 3 handelte es sich um ein Lungenleiden älteren Datums, das, im Augenblick des Unfalls seit längerer Zeit stationär, durch diesen zur Progredienz angeregt wurde. Als Resultat seiner Beobachtungen zieht Autor folgende Schlüsse:

1. Trauma des Thorax kann auch bei einem bis dahin gesunden Menschen Veranlassung zur Entstehung der Lungentuberculose geben.
2. a) Trauma des Thorax ist ausserordentlich selten Veranlassung zur Entstehung der Lungentuberculose.  
b) Diese Traumen sind stets schwerer Natur.
3. Trauma des Thorax kann bei einem tuberculösen Lungenkranken ein schnelles Fortschreiten des Lungenleidens hervorrufen.
4. Der Verlauf der durch Trauma des Thorax entstandenen Lungentuberculosen unterscheidet sich in keiner Weise von den auf anderem Wege entstandenen.

(Inaug. - Dissert. Leipzig 1908)

— **Spinalgie als Frühsymptom tuberculöser Infection** bezeichnet auf Grund seiner Erfahrungen Dr. J. Petruschky (Danzig). Nach seiner Ansicht geht der tuberculösen Lungenkrankung eine Infection der Lymphdrüsen in der Regel voraus; die Drüsenerkrankung ist also das Primäre, die Lungengewebsinvasion das Secundäre. Auch Ribbert fand, dass in den meisten Fällen tuberculöser Lungenkrankung eine vorgeschrittenere, also sicher ältere Erkrankung der Bronchialdrüsen vorlag. Dies stimmt durchaus überein mit den Beobachtungen, die Petruschky selbst zu machen Gelegenheit hatte (zum Theil im Koch'schen Institut); er hat bei *junger* Lungentuberculose *immer* den Eindruck gehabt, dass *die Erkrankungen der Bronchialdrüsen älter* waren. Das geeignetste Beobachtungsmaterial bilden wohl Kinderobduktionen. Denn auch das glaubt Autor aus allen bisherigen Beobachtungen schliessen zu können, dass die grosse Mehrzahl der Tuberculösen den Keim der Krankheit bereits im Kindesalter erwirbt und ihn jahrelang in Lymphdrüsen herumträgt, bevor die Lunge ergriffen wird. Aber wie diagnosticiren wir die primäre tuberculöse Erkrankung der Bronchialdrüsen? Als Merkmale werden angegeben: gesteigerte Pulsfrequenz, pertussisähnlicher Husten (selbst

Erbrechen), heisere Stimme (Stimmbandlähmung), Dyspnoe, Venenstauungen, Pupillendifferenz. Diese dürfte man aber wohl meist erst bei hochgradiger, durch vorgeschrittene Lungentuberculose gesteigerter Bronchialdrüsenerkrankung antreffen, kaum aber bei primärer T. der Bronchialdrüsen, auf deren früher Erkennung es hier ankommt. Als subjective Verdachtssymptome werden da häufig Schmerzempfindungen zwischen den Schulterblättern angegeben. Husten kann vorhanden sein, aber auch fehlen. An den Lungen ist objectiv nicht das Mindeste nachzuweisen. Ist der Lungenbefund aber völlig negativ, so gewinnt jedes Symptom, das auf Bronchialdrüsentuberculose hinweist, Bedeutung. Daher möchte Autor nochmals auf die Spinalgie hinweisen, die typische Druckempfindlichkeit bestimmter Rückenwirbel. Bei Abtastung der Processus spinosi zeigt sich mehr oder weniger grosse Empfindlichkeit einiger Dornfortsätze gegen Druck, während die übrigen nicht empfindlich sind. Die schmerzhaften Wirbel — sie liegen meist zwischen 2.—7. Rückenwirbel — stehen häufig ein wenig hinter dem Niveau der übrigen zurück. Bei der Abtastung hat der untersuchende Finger oft den Eindruck, als seien die empfindlichen Dornfortsätze etwas breiter, weicher und elastischer, als die übrigen. Das Symptom hat freilich nur diagnostischen Werth, wenn der Empfindlichkeitsunterschied ganz deutlich ist und bei jeder Betastung in gleicher Weise angegeben wird. In einer Reihe von Fällen wurde der durch Spinalgie bei negativem Lungenbefund erweckte Verdacht auf Bronchialdrüsentuberculose durch typische Tuberculinreaction gestützt, während in keinem der Fälle eine wirkliche Wirbelcaries zum Ausbruch kam. Bis jetzt hat Autor 79 Fälle von Spinalgie gesammelt mit gleichzeitiger Prüfung von Tuberculin. Von diesen reagirten nur 2 nicht, während 77 (32 bei Kindern unter 16 Jahren, 45 bei Erwachsenen) typisch reagirten. Nur in 14 dieser Fälle war auch eine Lungenerkrankung durch spärlichen Bacillenbefund nachweisbar. Bei vorgeschrittener T. der Lungen fand sich fast nie Spinalgie. Andererseits hat Autor 26 Fälle gesammelt, in denen die Prüfung auf Spinalgie negativ ausfiel, die Tuberculinprobe dagegen positiv bei negativem Lungenbefunde, aber anamnestischem Tuberculoseverdacht. Ein *unfehlbares* Mittel zur Diagnose der Bronchialdrüsentuberculose ist also die Spinalgie nicht, wohl aber ein wichtiges Glied in einer Kette von Verdachtssymptomen. Ueber das Vorkommen der Spinalgie im Kindesalter konnte Autor gelegentlich

von Schüleruntersuchungen in Danzig folgendes constatiren: Spinalgie fand sich bei 9 von 164 Knaben ( $5\frac{0}{100}$ ), bei 28 von 121 Mädchen ( $23\frac{0}{100}$ ), im ganzen also bei 37 von 285 Kindern ( $13\frac{0}{100}$ ). Dass Bronchialdrüsentuberculose bei der Mehrzahl dieser 37 Kinder vorlag, erschien auch aus anderen Gründen wahrscheinlich. Immerhin ist der Procentsatz der positiven Befunde ein wesentlich geringerer, als bei der T. der Halslymphdrüsen, die sich bei etwa  $85\frac{0}{100}$  fand. Die T. der Bronchialdrüsen im Kindesalter dürfte daher die wesentlich seltenere, allerdings auch wegen Gefährdung der Lungen die bedenklichere der beiden Drüsen-erkrankungsformen sein. Autor vermuthet, dass häufig erst im Pubertätsalter eine Infection der Bronchialdrüsen von anderen Lymphdrüsen aus erfolgt.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 9.)

- Ueber **Venenentzündung als Frühsymptom der Lungentuberculose** wird neuerdings von französischen Autoren viel geschrieben. Es handelt sich hierbei um Phlebitiden der Unterextremitäten, wobei zunächst an den Lungen noch nichts Wesentliches nachweisbar ist. Es ist diese Phlebitis, die ein prämonitorisches Symptom der T. ist, also wohl zu unterscheiden von derjenigen, welche bei vorgeschrittenen Fällen von T. auftritt und zu den kachektischen Phlebitiden zu rechnen ist. Als ein besonderes Merkmal der frühzeitigen Phlebitis bei T. hebt Dumont das Fehlen von Embolieen hervor. Dass letzteres aber durchaus nicht charakteristisch ist, zeigt ein Fall, den Prof. Singer (Wien) jetzt publicirt, da hier embolische Processe sogar eine dominirende Rolle spielten und eine embolische Pneumonie sogar mehrere Tage vor dem Auftreten der charakteristischen Symptome der Phlebitis in Erscheinung trat. Das muss wohl so aufgefasst werden, dass eine wandständige Thrombose die Krankheit einleitete und erst im späteren Verlaufe zum vollständigen Venenverschlusse führte. Die Phlebitis war auch in diesem, einen jungen Mann im besten Ernährungszustande betreffenden Falle das nahezu erste Symptom der später eingetretenen Phthise. Man muss unwillkürlich an jene zuerst von Weigert beschriebenen Fälle von acuter T. denken, welche von primärer Venentuberculose ausgegangen sind. In einem hierhergehörigen Falle von Hirtz, wo sich bei einem 48jährigen Manne, der mit den Symptomen einer Phlebitis der Saphena in Behandlung trat, welche in 28 Tagen vollständig ausheilte, und wo in der 3. Woche nach seinem Eintritte sich eine

Spitzenaffection mit Ausgang in acute Miliartuberculose entwickelte, wurde leider die Obduction nicht gemacht. Ob man das vollständige Fehlen von Bacillen in den Producten der embolischen Pneumonie in Singer's Falle gegen die Annahme einer primären Venentuberculose verwerthen darf, ist schwer zu sagen; es wäre denkbar, dass ein in der Wand der Vene sitzender, nicht zerfallender Herd nur die Veranlassung zur Thrombose giebt, ohne dass Bacillenmaterial in den Kreislauf gelangt. Zur Lösung dieser Fragen liegt noch zu wenig Material vor.

(Wiener med. Wochenschrift 1903 No. 13.)

**Typhus.** **Pyramidon bei T. abdominal.** wandte Dr. L. Byk (Berlin) in einem Falle (12jähr. Knabe) mit bestem Erfolge an. Dosen von 0,3 g setzten prompt die Temperatur herab (einmal sogar um 4°, ohne dass unangenehme Erscheinungen irgendwelcher Art zu Tage traten), und zwar allmählich, wie auch das Ansteigen wieder ein allmähliches war. Das Mittel wirkte ebenso prompt bei hohen, wie bei mittleren Temperaturen, ebenso wenn es galt, das Ansteigen des Fiebers im Laufe des Tages zu verhüten, wie das Abfallen desselben während der Nacht zu verstärken. Während der langen Dauer der Krankheit machten sich nie Intoxications- oder Collapserscheinungen u. dgl. geltend.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 3.)

— **Systematische antifebrile Behandlung mit Pyramidon** empfiehlt Prof. Valentini (Diakonissenkrankenhaus Danzig). Mit derselben wird völlige oder fast völlige Entfieberung der Pat. im Verlaufe von 24 Stunden erzielt, die dann dauernd während des ganzen Krankheitsverlaufes festgehalten wird. Dabei wird nun das Sensorium der Pat. ganz auffallend günstig beeinflusst; selbst delirirende Kranke werden vollkommen klar und behalten kaum ein Krankheitsgefühl zurück. Die Pulsfrequenz geht wesentlich herunter, und nach 24—36 Stunden ist der Patient kaum wiederzuerkennen. Um dies zu erreichen, muss man aber zweistündlich Tag und Nacht regelmässig Pyramidon, bei leichteren Fällen zu 0,2 g, bei schwereren zu 0,3—0,4, bei Kindern 0,1 pro dosi verabreichen. Obwohl Pat. so vier bis fünf Wochen lang behandelt wurden, zeigte sich nie die geringste schädliche Einwirkung. Sie erhielten das Mittel in Wasser gelöst, sodass jeder Esslöffel 0,2—0,4 g enthielt. Bei den schwersten Fällen muss man schon 2stündlich 0,4 g geben. Wie lange soll man aber mit der

Darreichung fortfahren? Autor hat, wenn der T. 3 bis 4 Wochen bestand und Allgemeinbefinden und Puls günstig waren, das Pyramidon probeweise für einige Stunden ausgesetzt, aber sobald sich dann die erste, oft unbedeutende Fiebersteigerung zeigte, sofort es weiter gereicht. Nach 3—4 Tagen Wiederholung des Versuches. Erst bei völligem Fernbleiben von Fieber wurde die Behandlung als abgeschlossen angesehen. Man beginne die Pyramidonbehandlung erst nach völliger Sicherstellung der Diagnose, also frühestens am 4. bis 5. Tage; giebt man bei zweifelhaften Fieberzuständen gleich das Pyramidon, so wird das Krankheitsbild so gänzlich verwischt, dass man jedes Urtheil verliert. Man setze auch bei Beginn der Behandlung auseinander, dass zwar die Symptome der Krankheit verschwinden werden, nicht aber letztere selbst, sodass unbedingt alle Vorsicht geboten erscheint. Eine spezifische Wirkung auf T. hat Pyramidon offenbar nicht, sondern nur eine symptomatische, denn die Krankheitsdauer wird nicht abgekürzt. Jedenfalls bewährte sich aber die Behandlung auch bei schwersten Fällen (es waren solche 12 von 19) ausgezeichnet.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 Nr. 16.)

### **Ulcus ventriculi. Die directe Percussion des Epigastrium**

**als ein diagnostisches Hilfsmittel bei U.** hat Dr. F. Mendel (Essen a/Ruhr) entdeckt und besonders bei sonst schwer der Diagnose zugänglichen Fällen schätzen gelernt. Er schreibt darüber u. A. Folgendes: „Führt man mit dem Percussionshammer leichte kurze Schläge aufs Epigastrium bei möglichst entspannten Bauchdecken, so wird auch der empfindlichste Patient keine Schmerzen verspüren, so lange der Magen oder dessen Nachbarschaft gesund ist. Leidet der Patient aber an U., so wird die so ausgeführte Percussion sehr bald an einen Punkt gelangen, wo auch der leiseste Schlag als ein intensiver Schmerz empfunden wird, der stets noch von einem mehr oder minder anhaltenden Nachschmerz gefolgt ist. Wenn wir so auf den zuerst gefundenen Schmerzpunkt von allen Richtungen aus radiär zuschreitend das Epigastrium percutiren und alle diejenigen Punkte bezeichnen, welche sich zuerst als schmerzempfindlich erweisen, so werden wir, wenn wir alle diese Punkte miteinander verbinden, in den allermeisten Fällen einen kreisförmigen Bezirk abgrenzen können. Innerhalb dieser scharf begrenzten Zone ist auch die leiseste Percussion schmerzhaft, während ausserhalb



ihrer Grenzlinie auch heftigere Schläge keinen Schmerz hervorrufen. Selbstverständlich braucht diese Schmerzzone nicht nach ihrer Lage und Grösse dem vorhandenen Ulcus zu entsprechen, sie giebt uns aber in denjenigen Fällen, wo alle übrigen Untersuchungsmethoden im Stiche lassen, noch den Beweis, dass an irgend einer Stelle des Magens Krankheitsprocesse sich abspielen, für welche die percutorische Erschütterung einen schmerzzeugenden Reiz abgiebt. Befindet sich das Ulcus, was ja verhältnissmässig seltener der Fall ist, auf der vorderen Magenwand, so wird die Erschütterung der Bauchdecken, welche wir durch die Percussion erzeugen, sich direct der vorderen Magenwand mittheilen und dadurch einen mechanischen Reiz auf die Geschwürsfläche ausüben. Befindet sich das Ulcus an einer der Prädilectionsstellen der Geschwüre, dem von dem linken Leberlappen bedeckten Pylorustheil, so wird die Percussion der Bauchwand sich auf das feste Lebergewebe fortpflanzen und von hier aus dem Magen mitgetheilt werden. Liegt das Geschwür aber an der hinteren Magenwand, so wird die durch die Percussion hervorgerufene Wellenbewegung von der vorderen Magenwand durch den Mageninhalt nach der hinteren Wand fortgeleitet und überall da, wo sie auf entzündliche Processe stösst, einen schmerzhaften Reiz hervorrufen. Daraus ergibt sich die überaus wichtige Thatsache, dass die directe Percussion des Epigastrium auch in denjenigen Fällen ein vorhandenes Ulcus zu unserer Kenntniss bringt, wo die bisher übliche Palpation des Magens vollständig versagt. Zunächst giebt es eine Reihe von Magengeschwüren, welche zwar der Palpation zugänglich sind, aber trotzdem den Druck der palpirenden Hand ertragen, ohne eine Schmerzempfindung hervorzurufen. In solchen Fällen wird der viel kräftigere Reiz, den die directe Percussion auf das Geschwür ausübt, trotzdem einen Schmerz erzeugen, der uns ein vorhandenes Ulcus erkennen lässt. Sehr häufig aber ist das Ulcus vermöge seiner anatomischen Lage durch die Palpation überhaupt nicht zu erreichen und infolgedessen das für die Diagnose so wichtige Symptom des Druckschmerzes nach den bisherigen Untersuchungsmethoden gar nicht nachzuweisen. Die Erschütterung jedoch, welche die directe Percussion des Epigastrium hervorruft, pflanzt sich wellenförmig nach allen Richtungen hin fort und erreicht als ein schmerzzeugender Reiz das Magengeschwür, wo es auch immer seinen Sitz hat. Bezeichnen wir nun die Grenze desjenigen Bezirkes, von dem aus wir

durch die directe Percussion des Epigastrium einen schmerzhaften Reiz auf ein vorhandenes Ulcus ausüben können, so projeciren wir damit gleichsam das Bild des Magengeschwüres auf die Bauchdecken. Obwohl nun dieses Bild nach Lage und Grösse dem des Ulcus nicht zu entsprechen braucht, so ist es doch, wie die weitere Beobachtung des Heilverlaufes lehrt, durch dasselbe bedingt und von dem jeweiligen Zustande des Magengeschwüres abhängig; es verkleinert sich mit der Verkleinerung des Geschwüres und verschwindet mit der Heilung desselben. Wenige Tage nach Beginn der Ulcuscure ist in den meisten, besonders aber in den frischen Fällen eine radiäre Verkleinerung des Schmerzbezirkes zu constatiren. Da eine so schnelle Heilung der Geschwürsfläche a priori auszuschliessen ist, so müssen wir diese Verkleinerung auf das Verschwinden der reactiven Entzündung zurückführen, welche das Ulcus umgiebt und sich ja auch mikroskopisch als eine mehr oder minder beträchtliche, kleinzellige Infiltration der Interstitien kundgiebt. Von da ab ändert sich die Schmerzzone nur ganz allmählich, sie wird stetig kleiner, um je nach der Intensität der Erkrankung und der Grösse und Tiefe des Geschwüres schliesslich ganz zu verschwinden. Dann hat sich entweder auf dem Grunde des Geschwüres ein gesundes Granulationsgewebe gebildet, welches sich in Bindegewebe umwandelt und durch Narbenbildung zur Heilung führt, oder, wie es allerdings nur bei kleinen, oberflächlichen Geschwüren möglich ist, es ist eine Ueberhäutung des Defectes eingetreten. In jedem Falle wird die Percussion des Epigastrium keinen schmerzhaften Reiz mehr ausüben können, und es ist für unsere Therapie der Zeitpunkt eingetreten, wo wir ungestraft zur II. Kostordnung übergehen dürfen. Ein gleich werthvolles Hülfsmittel ist die directe Percussion des Epigastrium für die Diagnose des Ulcus duodeni, eines Leidens, das viel häufiger vorkommt als man für gewöhnlich annimmt, aber aus verschiedenen Gründen auch noch häufiger übersehen wird als das Ulcus ventriculi. Ich habe eine ganze Reihe von Patienten beobachtet, welche durch dieses Leiden und die heftigen Schmerzen, welche damit verbunden sind, aufs äusserste reducirt, und auf die verschiedenartigsten Krankheiten Jahre lang behandelt waren, bis endlich die richtige Diagnose gestellt und eine entsprechende Cure sie in einigen Wochen von ihrem Leiden befreite. Zunächst sind die subjectiven Symptome beim Duodenalgeschwür so unbestimmter Natur und die Schmerzen meist so mangelhaft

localisirt, dass sie in vielen Fällen absolut nicht auf den Sitz der Krankheit hinweisen, zumal dem Patienten der Zusammenhang zwischen Nahrungsaufnahme und Schmerzanfall, da sie zeitlich oft mehrere Stunden auseinander liegen, nicht zum Bewusstsein kommt. Sodann werden von der Krankheit nach meinen Erfahrungen viel häufiger Männer befallen, und zwar in jedem Alter, von 20 bis 70 Jahren habe ich sie beobachtet, bei Patienten, die abgesehen von starkem Sodbrennen bis zu ihrer jetzigen Erkrankung völlig gesund waren. Objectiv ist beim Duodenalgeschwür in vielen Fällen nicht einmal ein Druckschmerz nachzuweisen; deswegen müssen schon diejenigen Fälle, in welchen die Patienten über Schmerzen in der oberen Bauchgegend klagen, die regelmässig des Nachmittags oder in der ersten Hälfte der Nacht, also wenige Stunden nach den Hauptmahlzeiten sich einstellen, den Verdacht auf Duodenalgeschwür erwecken. Ganz besonders aber müssen wir dieses Leiden vermuthen, wenn die periodisch auftretenden Schmerzen, welche mit dem Uebertritte des consistenteren Mageninhaltes in das Duodenum zeitlich zusammenfallen, durch neue Nahrungszufuhr und dadurch bedingten Pylorusverschluss unterbrochen werden. Vermittels der directen Percussion des Epigastrium werden wir selbst dann noch im Stande sein die Diagnose zu sichern, wenn durch die Palpation keine druckempfindliche Stelle zu finden ist, welche der anatomischen Lage des Duodenum entspricht. Direct rechts neben der Linea alba, etwas unterhalb der Mitte zwischen Rippenbogen und Nabel, ist in allen Fällen von Duodenalgeschwür durch unsere Untersuchungsmethode ein scharf umgrenzter Schmerzbezirk, meist von der Grösse eines Zweimarkstückes, nachzuweisen, und ebenso wie bei Ulcus ventriculi im Verlaufe der entsprechenden Behandlung ein allmähliches Kleinerwerden und schliessliches Verschwinden dieses Bezirkes zu beobachten. Selbstverständlich werden sich auch bei anderen schmerzhaften Erkrankungen im Epigastrium (Gastritis, Perigastritis, Carcinom, Cholelithiasis, Dickdarmaffectionen, Hernia epigastrica) durch die directe Percussion Schmerzonen bezeichnen lassen, aber diese werden niemals die scharfe Umgrenzung zeigen, wie bei den oben erwähnten Geschwürsprocessen. Ausserdem aber werden bei allen diesen Krankheiten eine Reihe anderer Symptome eine exacte Differentialdiagnose ermöglichen. Schädliche Folgen werden von der directen Percussion niemals beobachtet, selbst nicht nach häufiger Wiederholung, weder verzögerte Heilung, noch Schmerzen, noch Blutungen. Bei frischen Hämorrhagieen

allerdings gebietet die Vorsicht von selbst, sich jeder Erschütterung der Geschwürsfläche zu enthalten. Für alle zweifelhaften Fälle aber von *Ulcus ventriculi et duodeni*, glaube ich mit dieser Untersuchungsmethode ein brauchbares Hilfsmittel gefunden zu haben zur Sicherung der Diagnose und zur exacten Beobachtung des Heilungsverlaufs.“

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 18.)

**Wismuth** hält Dr. G. Fuchs (Biebrich a. Rh.) für das souveräne, durch andere Mittel (wie *Calc. carbonic.*, *Magnes. usta* u. dgl.) nicht ersetzbare, specifisch wirkende Mittel für U. Durch theoretische Erwägungen, sowie praktische Versuche gelangte er zu folgenden Schlusssätzen:

1. *Calc. carbonic.*, *Magnesia usta* und ähnliche Chemikalien können das Wismuthsubnitrat bei der Behandlung des U. nicht ersetzen.
2. Die Schleimsecretion nach Wismuthsubnitrateingüssen ist nicht durch die mechanische Reizwirkung der Wismuthkrystalle bedingt, sondern ein specifischer Einfluss des Wismuths und seiner Präparate. Das Wismuth ist nach kurzer Zeit in einer hellgrauen Schleimschicht gelöst über die gesammte Magenwand gleichmässig vertheilt.
3. Die Heilwirkung des Wismuthsubnitrats ist nicht lediglich die Folge seiner physikalisch-mechanischen Eigenschaften als Protectivum, sondern beruht ähnlich wie die Silberwirkung auf der Reduction zu Wismuthoxydul, das in das Granulationsgewebe eindringt und Schutz bringt.
4. Die Bismutose erscheint ihrer ausgeprägten Reactionsfähigkeit wegen als ein besonders für medicinische Zwecke geeignetes Präparat.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 14.)

## Vermischtes.

— **Thigenol** hat Dr. Edm. Saalfeld (Berlin) in der dermatologischen Praxis schätzen gelernt. Thigenol ist bekanntlich eine concentrirte Lösung der Natriumverbindung der Sulfosäure eines synthetisch dargestellten Sulfoöls, in welchem

10% Schwefel organisch gebunden sind, eine dunkelbraune, dicksyropöse, geruchlose, in Wasser, verdünntem Alkohol und Glycerin völlig lösliche Flüssigkeit, die auf der Haut sehr rasch zu einer nicht klebenden, mit Wasser leicht abwaschbaren Decke eintrocknet. Thigenol wirkt bei äusserer Anwendung gefässverengernd, daher anaemisierend, entzündungsmildernd, resorptionsbefördernd und austrocknend. Autor wandte das Präparat bei 124 Fällen an, meist bei *Ekzem*, wo auch in manchen recht unangenehmen Fällen, die vorher jeder Therapie getrotzt, recht günstige Resultate erzielt wurden. Dass Thigenol nicht absolut reizlos ist, zeigten mehrere Fälle, in denen es, selbst als 5%ige Salbe oder Paste angewandt, Brennen verursachte. Es waren das allerdings nur Ausnahmen bei sehr empfindlicher Haut, andererseits wurde Thigenol auch bei kleinen Kindern gut vertragen. So wirkte bei einem 1 $\frac{1}{4}$ jähr. Kinde mit Gesichtsekm, das 3 Monate lang mit allem Möglichen vergeblich behandelt war,  $\frac{1}{2}$ %ige Thigenolsalbe, später 1%ige, heilend, und als die Mutter selbstständig ihr anderes erst 4monatliches, ebenfalls mit Gesichtsekm behaftetes Kind damit behandelte, wurde auch dieses geheilt. Erwachsene bekamen in der Regel 10 und später 15%ige Paste resp. Salbe, die sich auch bei 3 Fällen von *Ekzema lichenoides* resp. *Lichen chronic. simpl.* gut bewährte. Sehr gut wirkte Thigenol bei *Seborrhoe* in Form von Salbe, Paste und noch besser Lösung (Lösungsmittel: Wasser 1, Spiritus 2). Bei *Ekzema seborrhoicum* und einfacher *Seborrhoe* des Kopfes, war auch von stärkeren Concentrationen selbst bei 50% Thigenolgehalt nie eine Reizung zu constatiren. *Seborrhoe* des Gesichts und Kopfes scheint die Hauptdomäne für das Thigenol zu sein (nur bei blonden Haaren ist Vorsicht geboten, damit nicht doch mal Färbung eintritt). Auch bei *Rosacea* wurden Besserungen und Heilungen erzielt. Am zweckmässigsten erschien hier folgende Verordnung:

Rp. Thigenol 5,0—10,0

Aq. dest.

Spirit. aa 12,5

S. Abends aufzutragen und am nächsten Morgen mit Seife zu entfernen.

Dieselbe zeigte sich auch von Vortheil bei einigen Fällen von Nasen- oder Gesichtsröthe. Bei empfindlicher Haut, namentlich bei Damen, ersetzte Autor diese Lösung durch eine 10—15%ige Thigenolsalbe. Bei *Sykosis vulgaris*

konnte Autor mit letzterer auch in einigen Fällen günstige Beeinflussung constatiren, ebenso bewährte sie sich bei *Frost*, wo sie (resp. Thigenolcollodium bis 33 $\frac{1}{3}$ %) sehr bald das Jucken und Brennen verminderte bei gleichzeitigem Nachlassen der objectiven Erscheinungen. Bei Psoriasis wirkte Thigenol zu wenig energisch, dagegen erwies es sich als gutes *Antiscabiosum* pur oder in folgender Mischung:

Rp. Thigenol 70,0  
 Spirit. 20,0  
 Aq. dest. 10,0

Bei 2 Fällen von chron. *Phlebitis* des Unterschenkels bei Frauen wurde eine wesentliche Besserung durch Thigenol, Glycerin, Aq. dest. aa erzielt, endlich leistet 10%ige Salbe gute Dienste bei *Impetigo contagiosa*.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 4.)

- Die Rohden'schen **Ichthyolsalicyl-Resorptionspillen** (Valentapillen) wandte Dr. v. Kluczycki (Wilhelminenspital Wien) mit bestem Erfolge bei *Exsudationen* der verschiedensten Organe, und zwar bei 51 Fällen an. Es waren darunter 19 Fälle von *Rheumatismen* (auch gonorrhoeische) mit grossen Exsudatergüssen, 16 von *Pleuritis* (rheumatischer und tuberculöser) seröser Natur, 2 von seröser *Pericarditis*, 4 von *Parametritis* und 10 von *Peritonitis* (tuberculöser). Die resorbirende und schmerzlindernde Wirkung war eclatant. Extern wurden daneben Ichthyolsalicylsalbe oder Ichthyolsalicyl-Dermosapol (10%) applicirt.

(Aerztl. Rundschau 1903 No. 14.)

- **Dionin** hat Dr. Ed. Thumen (Wien) als ausgesprochen schmerzstillendes und beruhigendes Mittel wiederholt kennen gelernt. So hatte eine Pat. heftige *Cardialgie* mit starkem Erbrechen, wogegen Morphium, Opium, Cerium oxalic. etc. wirkungslos geblieben waren. Autor verordnete:

Rp. Dionin. 0,4  
 Aq. Lauroc. 20,0  
 S. 3× tägl. 15 Tropfen.

Die Schmerzen liessen sehr bald nach, desgleichen das Erbrechen. In einigen Fällen von *Catarrhus intestinalis* beseitigte Dionin prompt Diarrhoe und Schmerzen. Bei *Bronchitis*, *Phthise* etc. wirkte es ebenfalls gut ein (auch in Pulverform, 2mal tägl. 0,03), bei *luetischen Larynxgeschwüren* milderte es wesentlich die Schluckbeschwerden.

Bei *Wanderniere* mit Druckgefühl und Schmerzen traten ebenfalls die analgetischen Eigenschaften des Mittels zu Tage.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1903 No. 12.)

- Ein **zweckmässiger Ersatz für das englische Pflaster**, das in mancherlei Hinsicht grosse Fehler hat, ist nach Dr. A. Philippson (Hamburg) das von ihm in Gemeinschaft mit dem Fabrikanten König in Bückeburg dargestellte *Bückeburger Heilpflaster*, ein 2%iges, auf wasserdicht gummirtem Rosabattist gestrichenes Salicyl-Kautschoukpflaster, das allen Forderungen genügt, die man an ein zweckmässiges Wundpflaster stellen muss: 1. gefälliges Aussehen, 2. gutes Kleben ohne Befeuchtung, 3. genügende Dünne und Schmiegsamkeit, 4. Sauberkeit (kein Verschmieren), 5. Waschechtheit, 6. Haltbarkeit bei höheren Temperaturgraden, 7. Reizlosigkeit, 8. aseptische Herstellung, 9. desinficirende Kraft.

(Therap. Monatshefte, März 1903.)

- „**Der Krankenaufzug ‚Salve‘** — schreibt W. Sahli (Bern) — ist ein einfacher, sehr solider Apparat, der unter Benützung der Bettfüsse an jeder beliebigen Bettstelle, sei sie aus Eisen oder Holz, ohne Schrauben oder irgendwelche sonstige Vorrichtungen, in aller kürzester Zeit angebracht werden kann. Er erlaubt dem liegenden Kranken, sofern derselbe hierzu überhaupt noch kräftig genug ist, sich durch leichten Handgriff in die Sitzstellung aufzurichten. Auch für schwer bewegliche Gesunde, die das Bedürfniss nach einem Stützpunkt im Bette haben, leistet er vorzügliche Dienste. Der Krankenaufzug ‚Salve‘ ist durch alle Sanitätsgeschäfte zu beziehen zu Fr. 3,50 in einfacher, solidester Ausführung.“

(Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1903 No. 5.)

- Ein wirksames **Antistaphylokokkenserum** stellte Dr. Pröscher (Höchst a. M.) her durch Immunisirung von Ziegen mit lebenden hochvirulenten Staphylokokken. Dasselbe schützte Kaninchen gegen Staphylokokkeninfection. Die Verwendung am Krankenbett wird lehren, ob dies Serum als spezifisches Heilmittel sich qualificirt. Sobald die Immunisirung von Pferden, mit der Autor jetzt beschäftigt ist, beendet, werden weitere Mittheilungen folgen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 11.)

- Eine **Schmierseifenverätzung** beobachtete Primärarzt Dr. A. Most (Breslau) bei einer Frau, welche einen juckenden

Ausschlag an Hals und Armen (Ekzem) auf Rath einer Freundin mit gewöhnlicher Schmierseife behandelt hatte. Sie feuchtete letztere etwas an und rieb dann die afficirten Stellen ein, legte dann noch je ein grösseres Stück auf jeden Oberarm. Sie musste diese „Pflaster“ aber schon nach  $\frac{1}{4}$  Stunde entfernen, weil sie intensive Schmerzen verspürte; sie sah dann tiefe, schwarz verfärbte Schorfe. In der That fanden sich Nekrosen mehr oberflächlicher Natur, aber auch eine Parthie, wo die Haut in ihrer ganzen Dicke brandig geworden war. Die Pat. war im Uebrigen völlig frei von pathologischen Zuständen. Zweifellos hatten die Kratzeffecte dazu beigetragen, dass die Schmierseife, leichter durch die Continuitätsstörungen in die Tiefe dringend, so schwere Schädigungen der Gewebe verursachte. Der Fall zeigt aber, wie ein Jedermann zugängliches Mittel, das allgemein als harmlos gilt, gelegentlich gefährlich werden kann, sodass man gut daran thut, vor Gebrauch der ungereinigten Schmierseife direct zu warnen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 8.)

## Bücherschau.

- H. Neumann hat mit seinen „Briefen an einen jungen Arzt“ **Ueber die Behandlung der Kinderkrankheiten** sicher einem richtigen Bedürfnisse abgeholfen. Das zeigt schon der äussere Erfolg, den dies vortreffliche Lehrbuch erzielt hat. Nachdem 1900 die 2. Auflage erschienen, liegt jetzt die 3. Auflage vor (Verlag von O. Coblentz, Berlin. Preis: Mk. 9.). Autor hat sein Buch wieder gründlich durchgesehen und verschiedene Artikel, z. B. über Ernährung des kranken Säuglings und des fiebernden Kindes, Infektionskrankheiten u. s. w., neu bearbeitet. Das Werk, an dessen Ende man wieder die alphabetisch geordneten „Arzneiverordnungen“ mit kurzen praktischen Bemerkungen findet, ist wieder der freundlichsten Aufnahme in den Aerztekreisen sicher.
- **Das Recht des Arztes** ist ein Buch betitelt, das im Verlag von Urban und Schwarzenberg, Wien und Berlin (Preis:



Mk. 6) erschienen ist und den Senatsvorsitzenden im Reichs-Versicherungsamte, Geh. Rath Dr. G. Flügge, zum Verfasser hat, der das ganze hier in Betracht kommende Gebiet nach den reichsrechtlichen und den preussischen landesrechtlichen Bestimmungen (unter Abdruck derselben) in übersichtlicher Weise zusammengestellt und bearbeitet hat zum Gebrauch für den prakt. Arzt. Für diesen ist das Buch bestimmt, es soll einzig und allein den praktischen Bedürfnissen des Arztes dienen, der ja so oft in Verhältnisse kommt, die es ihm wünschenswerth machen, die Normen zu kennen, nach denen das Recht die Thatsachen beurtheilt, die diese Verhältnisse begründen. In Flügge's Werk kann der Arzt sich mühelos und schnell über diese für seinen Beruf gültigen Rechtsnormen orientiren, er kann sich im Einzelnen über alles das Rath holen, was das öffentliche Recht wie das private von ihm fordert, andererseits ihm gewährt. Deshalb dürfte das Buch jedem Arzt willkommen sein und einen ständigen Platz auf seinem Schreibtische eingeräumt bekommen.

- **Praktischer Führer durch die Gesamte Medicin**, herausgegeben von Lorenz (Verlag B. Konegen, Leipzig). Von diesem für den Praktiker sehr empfehlenswerthen Nachschlagebuch, dessen erste Lieferungen bereits zeigten, dass der Verfasser seine Aufgabe ausgezeichnet zu lösen verstanden hat, sind vor kurzem die Lieferungen V bis VIII erschienen (à Mk. 2), und so geht das Werk seinem Ende entgegen. Wir werden nach Vollendung noch einmal auf dasselbe zu sprechen kommen. — Von zwei in dem gleichen Verlage publicirten Büchern ist die 2. Auflage erschienen. Wir konnten Klette's **Vademecum für den Mediciner** (Preis: Mk. 4) schon vor einigen Jahren unseren Lesern warm empfehlen. Der Verfasser hat den vielseitigen Inhalt seines Werkchens, welches alles Nähere über Universitätsverhältnisse, Studententhum, Studiren der Medicin, Promotion, militärische Verhältnisse, solche nach der Approbation und anderes bringt, verschiedentlich umgearbeitet und verbessert, und so dürfte auch die 2. Auflage freundliche Aufnahme finden. — Belehrung über alles, was die **Steuerpflicht** betrifft, giebt Fr. Schilling's so betitelttes Büchlein (Preis Mk. 1,40), welches bereits nach 1 Jahre in 2. Auflage vorliegt. Auch hier hat der Autor Ergänzungen und Verbesserungen angebracht, sodass jeder, der etwas über Aertzliche Steuerdeclaration, Reclamation etc. wissen will, rasch und sicher alle nöthigen Aufschlüsse erhält.

- Unter dem Titel „**Hygienischer Hausfreund**“ ist der 2. Jahrgang des „Allgem. Hygien. Kalenders für das Haus“, herausgegeben von Dr. G. Flatau, erschienen (Vogel und Kreienbrink, Berlin), das äusserst billige Buch (Mk. 1), welches wiederum bestimmt ist „Aufklärung über Verhütung von Krankheiten zu geben, um auf diese Weise das Interesse für gesundheitsmässiges Leben zu fördern und zur Hebung der öffentlichen Wohlfahrt beizutragen“, wird diesen Zweck in ausgezeichnete Weise erfüllen. In zwanglosen kleinen Aufsätzen haben hervorragende Autoren (wir nennen nur Pagel, Eichhorst, Silex, Dührssen, Hoffa, Partsch) sich bemüht, das Publicum über dies und das in klaren, einfachen Worten zu belehren. Sache der Aerzte ist, dieses Buch allenthalben zu empfehlen, damit das durch die zahllosen Schriften der Curpfuscher irregeleitete Publicum durch die Lectüre wieder zur Einsicht gelange, dass es in der wissenschaftlichen Medicin sein Heil zu suchen hat und findet. — Auch ein anderes, in gleichem Verlage erschienenenes kleines Schriftchen soll Belehrung geben über ein specielles äusserst wichtiges Thema, das der Heirath. In dem Büchelchen **Erbliche Belastung und Gattenwahl** von Dr. Legahn giebt der Verfasser Eltern erwachsener Kinder und diesen selbst ärztliche Rathschläge, die meist recht beherzigenswerth und rationell sind. Möge auch dieses Schriftchen Eingang in den Kreisen finden, für die es bestimmt ist.
  
- Von der **Gynaecologia Helvetica**, herausgegeben von O. Beuttner (Verlag von H. Kündig, Genf) ist der II. Jahrgang erschienen. Das Unternehmen, das zum Zweck hat, alle in einem Jahre von Schweizer Aerzten publicirten gynaekologischen Arbeiten in Referaten im Zusammenhange dem Leser vorzuführen, bringt auch diesmal alle diese Arbeiten (Originalien, Dissertationen, Mittheilungen aus ärztlichen Gesellschaften etc.), sowie solche aus dem Gebiete der Veterinär-Geburtshilfe und -Gynaekologie. Der reiche, vielseitige Inhalt dürfte jedem Mediciner reichlichen Stoff zur Belehrung bieten.
  
- Von G. Merck's **Jahresberichten** liegt der 16. Jahrgang (1902) vor. Er bringt wieder über alle möglichen Arzneimittel und Drogen Aufschlüsse und Belehrungen, wie sie sich aus den neuesten Untersuchungen ergeben und in den diversen medicinischen und pharmaceutischen Zeitschriften publicirt worden sind, und charakterisirt sich daher wieder als ein sehr brauchbares Nachschlagebuch.

— **Der Hülfsprediger.** Ein Roman von Theo Malade (Verlag von Herm. Walther, Berlin SW. Preis: Mk. 3). Wenn wir von unserem Princip, hier nur fachwissenschaftliche Literatur zu besprechen, heute abgehen, so geschieht dies nicht nur, weil der Autor ein College ist, sondern auch, weil sein schönes Buch jeden Arzt auf das Lebhafteste interessiren wird, da es zu einem grossen Theil das Leben und Treiben im Hause eines Arztes dem Leser vor Augen führt und ein medicinisches Thema zum Vorwurf hat. Nicht dass etwa das Buch eine medicinische Vorlesung im Gewande der erzählenden Kunst wäre; nein, es ist wirklich ein Bild aus dem Leben, das uns der Verfasser entrollt, ein Bild, in welchem nur der Untergrund ein medicinischer ist. Ein sittlich hochstehender, unerfahrener junger Geistlicher aus einem kleinen Nest begeht, gelegentlich eines Aufenthaltes in Berlin, einen einzigen Fehltritt, bei dem er sich luetisch inficirt. Es wird nun in künstlerischer Weise geschildert, wie der unglückliche Mann angesichts der sich entwickelnden Krankheit auch seelisch immer mehr erkrankt, besonders, nachdem er infolge seiner Verfehlung Braut und Amt eingebüsst, und wie er dann, verzweifelt und gebrochen wie er ist, von einem Arzt, einem prächtigen Vertreter seines Standes, in sein Haus aufgenommen wird, wo er nicht nur physisch, sondern auch, theilnehmend an der ärztlichen Thätigkeit und in die Tiefen und Höhen der menschlichen Gesellschaft schauend, allmählich seelisch gesundet. Das wird alles mit hohem sittlichen Ernst, mit grosser Decenz, wirklich vollendet geschildert. Auch die Schilderung der ärztlichen Thätigkeit mit ihren Freuden und Leiden, die Charakterisirung des humanen, doch nüchtern denkenden und die Welt mit klarem Verstand, aber warmem Herzen betrachtenden Arztes ist dem Autor aufs vorzüglichste gelungen. Die Lectüre des Romans wird den Collegen hohen Genuss bereiten, und nicht minder den Laien, denen er von ärztlicher Seite warm empfohlen zu werden verdient, schon deshalb, weil er ihnen Belehrung bringt über die Gefahren der Lues, zugleich aber zeigt, wie frühzeitige Behandlung von berufener Seite diesen Gefahren zu begegnen versteht.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

No 10.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

*Juli*

*XII. Jahrgang*

*1903.*

**D**ie früher erschienenen elf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

**Einbanddecken** zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

## **Anaemie, Chlorose.** **Perdynamin** hat Dr. Siefert

(Berlin) in der gynäkologischen Praxis, bei *Anaemie nach starken Blutverlusten* (Abort, Atonie, Myom) mit gutem Erfolge benützt. Die Pat. erholten sich auffallend rasch dabei und nahmen das Präparat, das keine unangenehmen Nebenerscheinungen machte, gern.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 1.)

— Mit **Protylin** hat Dr. J. Gnezda (Berlin, Prof. v. Leyden'sche Klinik) Versuche gemacht. Protylin, eine Phosphoreiweissverbindung, zur Klasse der Paranucleine gehörig, ist fast unlöslich in Wasser, löslich in Alkalien; es wird vom Magensaft nicht angegriffen, während es von Pankreassecret der tryptischen Verdauung unterworfen wird. Die Verabreichung des Protylins — es werden auch Eisenprotylin und Bromprotylin dargestellt — ist angezeigt in

solchen Fällen, in denen die peptische Verdauung vermindert oder fast aufgehoben ist und der Organismus auf die Wirkung des Pankreas- und Darmsaftes angewiesen ist, in Fällen, bei welchen durch Zellenzerfall oder Nervenaffectionen Zufuhr von assimilirbarem Phosphor geboten erscheint ausser Stickstoff, also bei A. und *Hysterie*, wo grosse Mengen von Phosphaten im Harne erscheinen. Protlylin wurde in Dosen bis zu 4 g dreimal pro die nach den Mahlzeiten gegeben (man kann es auch mit den Speisen verordnen, jedoch nicht mit saueren). In allen Fällen bewirkte Protlylin immer Anregung des Appetits; Zunahme des Körpergewichts wurde beobachtet auch bei Pat., deren Ernährungszustand jahrelang stagnirte. Bei hysterischen Pat. zeigte sich ferner bessere psychische Disposition, bei anaemischen Steigerung des Haemoglobingehaltes. Keine Nebenwirkungen, ausser etwas Leibschmerzen nach einigen Tagen. Auch bei *Carcinomcachexie* erwies sich Protlylin (3 mal tägl. 1 Kaffeelöffel) als wirksames Tonicum.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1903 No. 9.)

- Seit März 1902 hat Dr. A. Stichl (Sanatorium Mariagrün bei Graz) mit **Phorxal**, einem neuen, aus Blut hergestellten Nährpräparate, eingehende Versuche gemacht und damit ganz überraschende Erfolge erzielt. Gleich dem Alboferin wird auch Phorxal vom Magensaft gelöst und anscheinend sammt dem Eisen resorbirt, wodurch Erhöhung des Haemoglobingehaltes des Blutes erzielt wird. Während aber Alboferin und ähnliche Präparate als Nahrungsmittel zu kostspielig sind, ist dies beim Phorxal nicht der Fall. Letzteres, ein mehlfines Pulver ohne Geruch und Geschmack, in wässrigen Flüssigkeiten (besonders warmen) leicht löslich, enthält Phosphor 0,25 = Phosphorsäure 0,57%; Eisenoxyd 0,63%, Eiweiss 87,5%, Mineralstoffe 3,09%; Eisen und Eiweiss entstammen dem Haemoglobin, der Phosphor dem Lecithin und Nucleoprotein. Das Präparat wurde in 50 Fällen angewandt, in Pulverform, auch als Pastillen und Cakes mit 5% Phorxal. Es wirkte stets rasch und deutlich; namentlich auffallend war die appetitanregende Wirkung, die offenbar daher rührt, dass Phorxal sofort resorbirt wird, wodurch lebhaftere Secretion des Magensaftes eintritt, auch in Fällen, wo durch functionelle Störungen die Secretionsthätigkeit herabgesetzt wird. Körpergewichtssteigerungen von 1 bis 3 kg pro Woche wurden erzielt. Die meisten Pat. litten an constitutioneller A., oft verbunden mit *Neurasthenie*, *nervöser Dyspepsie* und *Anorexie*,

*Hysterie* u. s. w. Auch diese Leiden wurden vorzüglich beeinflusst. Dabei bewirkte Phorxal, auch in Dosen von 20—30 g pro die verabfolgt, nie irgendwelche gastrointestinale Nebenerscheinungen.

(Wiener klin. Rundschau 1908 No. 18.)

- Ueber die **Leistungsfähigkeit der Eisentherapie** theilt Dr. E. Biernacki seine Ansichten und Erfahrungen mit. Behufs Klarheit des Urtheils behandelte er alle typischen Fälle von *Chlorose* ganz gleichmässig mit Bettruhe und demselben Eisenpräparat (ohne Arsen), nämlich: Ferr. hydrogenio reduct. (in Pillenform mit Zusatz von Rhabarberextract) in gleichmässig steigenden Dosen von 0,4 an bis 1—1,2 g pro die. Nach 2—3-, spätestens 4 wöchentlicher Behandlung zeigte sich in der Regel deutliche Besserung der Symptome. Wenn man nun auch an die Möglichkeit der Selbstheilung zu denken hat, auch die Bettruhe als therapeutisches Agens zu berücksichtigen hat (bei Spitalskranken auch die besseren Lebensbedingungen), so muss doch das Zustandekommen der Besserung, resp. Heilung zu einer bestimmten, in ziemlich engen Grenzen schwankenden Zeitfrist an die Heilwirkung des Eisens festhalten lassen. Wie Autor an Beispielen zeigt, pflegt bei der Behandlung mit Eisenwässern die Blutkörperchenzahl langsamer und in schwächerem Grade zu regeneriren, als bei grösseren Dosen anorganischen Eisens. Durch diesen Umstand aber, dass nämlich beim Gebrauch von Eisen in grösseren Dosen die Regeneration des chlorotischen Blutes rascher erfolgt, als bei Eisenwässern, ist auch der empirisch-klinische Beweis geliefert, dass Eisen eine Heilwirkung bei Chlorose ausübt. In der That kann man sagen: das Eisen lässt bei der Chlorose nur selten im Stich, und es wird hier auch nur ausnahmsweise schlecht vertragen. Freilich giebt es auch recht schwere Chlorosefälle, jahrelang unter zeitweiligen Besserungen bestehend und auch auf Eisen in der angegebenen Zeit nicht heilend. Manchmal liegt hier eine Verwandtschaft mit der progressiven perniziösen Anaemie vor oder ein occultes, complicirendes Ulcus oder secundäre Anaemie infolge Magengeschwürs. Auch in solchen hartnäckigen Fällen bleibt Eisen nur selten ohne jede Wirkung, wenn es sich nur um *wahre* Chlorose handelt; bei dieser wirkt das Eisen so *specifisch* ein, dass beim Ausbleiben des Heileffectes Chlorose geradezu ausgeschlossen werden darf. Bei „Anaemischen“ mit normaler oder gesteigerter Blutkörperchenzahl und normalem Blutwassergehalt ent-

faltet, wie Autor auf Grund zahlreicher Beobachtungen behaupten kann, das Eisen keine therapeutische Wirkung, ja es wird da recht häufig schlecht vertragen. Wenn bei Pseudoanaemischen, Neurasthenikern u. s. w. Erfolge erzielt werden, so beruht dies theils auf Suggestion, theils auf dem Effecte gleichzeitig angewandter anderer Heilfactoren, wie Arsen, Hydrotherapie, Massage u. s. w. Auch bei secundären Anaemien ist die Heilwirkung des Eisens recht gering anzuschlagen; dasselbe wirkt eben nur bei der wahren Chlorose des Pubertätsalters als wirkliches therapeutisches Agens.

(Wiener medic. Wochenschrift 1903 No. 18—20.)

### **Anaesthesie, Narkose. Yohimbin als locales An-**

**aestheticum, besonders bei Ohren- und Nasenerkrankungen,** empfiehlt Dr. Haike (Univers.-Ohrenklinik der kgl. Charité in Berlin). Bei den ersten Versuchen war die Stärke der Lösung vorgeschrieben durch die sehr geringe Löslichkeit des salzsauren Yohimbins in Wasser, sodass Autor zunächst nur eine 1%ige Lösung zur Verfügung hatte. Diese versuchte er an der *Conjunctiva* und erreichte durch die Einträufelung einiger Tropfen völlige Anaesthesie nach etwa 10 Minuten unter Eintritt einer Hyperaemie. An Nase und Ohr waren die Resultate negativ. Deshalb erneuerte Autor die Versuche hier mit einer Lösung, die er durch Zusatz von Alkohol concentrirter machte, so zwar, dass er eine 1,5%ige Yohimbinlösung in 30%igem Alkohol erhielt. Diese wirkte vorzüglich anaesthesirend auf die Schleimhaut des Mittelohres und auch auf das Trommelfell, wenn die Epidermis gelockert war, aber sie war auf der Schleimhaut der Nase nur dort anwendbar, wo nicht der Alkohol, wie ja gewöhnlich der Fall, unangenehmes Brennen verursachte. Da machte Autor die Entdeckung, dass mit kochendem Wasser auch 2%ige Lösungen herzustellen sind, und mit diesen hat er auch für die Nase die völlig anaesthesirende Wirkung erreicht, wenigstens an der Oberfläche; in einer gewissen Tiefe scheint auch diese Concentration nicht absolute Anaesthesie hervorzurufen, denn beim tiefen Kauterisiren wurde etwas Schmerz empfunden, obwohl die Pat. gegen Aetzungen, z. B. mit Trichloressigsäure, unempfindlich blieben. Wir hätten also somit einen Ersatz für das, ja oft schon in kleinen Dosen, toxisch wirkende Cocain, und bei solchen Pat., wo früher Into-

leranz gegen Cocain festgestellt worden, bei Schwächlichen u. s. w. dürfte dieser Ersatz sehr willkommen sein, zumal bei demselben auch die Anaemisierung der Schleimhäute ausbleibt, die uns ja vielfach sehr erwünscht, oft aber auch sehr unerwünscht ist, so beim Entfernen von hypertrophischen hinteren Muschelenden, die uns oft unter Cocain fast vollständig verschwinden und für die Schlinge oder Zange dann schwer zu fassen sind, ebenso beim Entfernen kleiner Granulationen und Polypen aus dem Ohr. Bei diesen Fällen wird man also gern zum Yohimbin greifen, das die Gewebe nicht durch Anaemisierung zum Schrumpfen bringt. Wo wir aber die anaemisierende Wirkung nicht entbehren mögen, können wir die Vorzüge des Yohimbin doch verwerthen, indem wir die Anaemie durch Nebennierenextract herbeiführen; die Eigenschaften dieser beiden Substanzen vereinigen die Vorzüge des Cocains, ohne dessen nachtheilige Wirkungen zu haben. Ueber die Anwendungsweise im Einzelnen giebt Autor folgende Rathschläge: die Lösung wird am besten frisch bereitet, mit kochendem destillirten Wasser, wenn sie sich auch wochenlang halten kann, besonders unter einem Zusatz von 1 Tropfen Chloroform; Aufbewahrung in dunklen Flaschen! Ihre Wirksamkeit scheint am schnellsten und intensivsten einzutreten in 1,5%iger Lösung in 30%igem Alkohol, und so wendet Autor sie stets im Ohr an. In der Nase, deren Schleimhaut den Alkoholzusatz unangenehm empfindet, ist die 2%ige wässrige Lösung am wirksamsten und für Aetzungen und oberflächliche Kauterisationen anzuwenden; bei tiefen scheint sie nicht immer wirksam genug zu sein. Ist völlige Anaesthetie nicht nothwendig, z. B. bei Sondenuntersuchungen der Nase und dem Katheterismus empfindlicher Pat., sondern nur Herabsetzung der Empfindlichkeit, dann genügt eine  $\frac{1}{2}$ —1%ige Lösung. Das Präparat ist auch im Ohr schneller wirksam, wenn es eingepinselt, als wenn es eingeträufelt wird. Die Wirkung tritt 3—5 Minuten nach der Einpinselung auf und hält 20—30 Minuten an. Was die Dosirung anbelangt, so sind *innerlich* bisher  $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$  mg gegeben worden, subcutan hat Eulenburg bis 2 cg 3 mal täglich injicirt; von der 2%igen Lösung würden 6—24 Tropfen der Höhe der Einzeldosis entsprechen. Bei externer Application hat Autor nie unangenehme Nebenerscheinungen gesehen.

(Die Therapie der Gegenwart, Mai 1903).



- Die **Chloroformnarkose**, schreibt Dr. Leo Caro (Berlin) ist eine Kunst, die erst erlernt werden muss, und die meisten Unglücksfälle, die dabei vorkommen, beruhen auf mangelhafter Beherrschung der Technik. Diese muss individuell gehandhabt werden, da sie nicht nur nach dem Alter, Kräftezustand etc. des Pat. variirt, sondern auch für jede Operation Besonderheiten bietet. Nur wer viele Narkosen gesehen und dann selbst gemacht hat, lernt dies, lernt auch, welche Symptome eine Gefahr anzeigen, welche belanglos sind, wo man Chloroform weiter geben, wo man die Zufuhr abschneiden soll, wie man sich zu Beginn, wie zu Ende der Operation zu verhalten hat u. s. w. Die Studirenden müssten specielle Curse darin nehmen und weitere Erfahrungen später im praktischen Jahr sammeln, wo sie mindestens 1 Monat lang unter Aufsicht Narkosen zu leiten hätten. Es müsste sich ferner das Specialfach des Narkotiseurs weiter ausbilden, wie es z. B. in England üblich ist. Autor hat in den letzten 5 Jahren ca. 1500 Narkosen geleitet und kann sagen, dass die Chloroformnarkose bei vollkommener Beherrschung der Technik um nichts gefährlicher ist als andere Narkosen. Das Geheimniss beruht darauf, mit den kleinsten Mengen möglichst grosse Zeit auszukommen; für die Zeit bis zum tiefen Schlaf, welcher in 3—15 Minuten eintreten pflegt, verbrauchte er 2—12 g, im ganzen schwankte der Chloroformverbrauch durchschnittlich zwischen 5—40 g. Die Provenienz des Chloroforms ist ziemlich irrelevant, wenn es nur den Anforderungen der Pharmacopoe entspricht. Autor benützt meist Chloralchloroform oder Anschütz-Chloroform und dazu den geradezu tadellosen Anschütz'schen Tropfer, der auf jede beliebige Flasche aufgesetzt werden kann und peinlichste Dosirung gestattet.

(Allgem. medic. Central-Ztg. 1908, Nr. 20.)

- Zur **Statistik der Aethylchloridnarkose** ergreift Privatdoc. Dr. G. Lotheissen das Wort und zeigt, dass bisher auf die 17,000 Narkosen nur ein Narkosetod zu berechnen ist, das Aethylchlorid sich also als weniger gefährlich bewiesen hat, als Aether und Bromaethyl. Autor ist der Ansicht, dass die Kelennarkose allgemeinere Beachtung verdient. Sie leistet für kleinere Operationen ganz vorzügliche Dienste, insbesondere weil sie den Pat. viel weniger unangenehm ist, als eine Narkose mit einem anderen Mittel, z. B. dem ähnlich wirkenden Bromaethyl, welchem auch eine stärkere Excitation eigen ist. Autor hat aber auch grosse Operationen

von 1—1½ Stunden Dauer damit ausgeführt. Ferner ist sie sehr geeignet zur Einleitung anderer Narkosen, speciell der mit Aether, da die Pat. viel rascher narkotisiert werden, und auch das für den Herzcollaps gefährliche Excitationsstadium des Aethers oder Chloroforms wegfällt, resp. sehr abgekürzt wird. An der Innsbrucker Klinik wird diese Combinationsnarkose seit 1899 systematisch durchgeführt. Das Präparat ist ziemlich irrelevant; Autor verwandte Aethylchlorid verschiedenster Herkunft, neuerlich allerdings, hauptsächlich aus Ersparnissrücksichten das Chloräthyl Hennig, mit dem er bisher in mehr als 150 Fällen guten Erfolg erzielt hat.

(Centralblatt f. Chirurgie 1903 No. 20.)

- Die Witzel'sche **Aethertropfnarkose** empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen Dr. Fritz Berndt (Städt. Krankenhaus Stralsund). Die Hauptmomente dieser Methode sind bekanntlich folgende: Der Pat. bekommt 1 Stunde vor der Narkose eine Injection von 0,01—0,03 Morphinum. Zu Beginn der Narkose lässt man den Pat. von 200 an rückwärts zählen, wobei er zwischen je 2 Zahlen tief zu inspiriren hat. Nachdem er so eine Weile gezählt hat, beginnt man damit, den Aether aus einer gewöhnlichen Tropfflasche langsam tropfenweise auf die Esmarch'sche oder Schimmelbusch'sche Maske zu träufeln und fährt so fort, bis der Pat. einigermaassen eingeschläfert ist (10—15—20 Minuten), worauf man zur Erzielung tiefer Narkose ganz langsam einige Tropfen Chloroform auf die Maske giesst. Sobald der Cornealreflex erloschen, fährt man fort, langsam Aether aufzuträufeln. Der Kopf des Pat. ist während der ganzen Narkose tiefgelagert und stark rückwärts gebeugt zu halten. Nach dem Erwachen systematische Tiefathmung, alle Stunden 10—15 Athemzüge. Witzel und Hofmann rühmten an dieser Art der Narkose, dass sie mit relativ geringen Mengen von Aether, verschwindend kleinen Mengen von Chloroform ausführbar, deshab möglichst ungefährlich ist, dass das Excitationsstadium meist völlig fehlt, die Pat. schnell erwachen, keine üblen Nachwirkungen haben u. s. w. Berndt kann diese Angaben vollkommen bestätigen, trotzdem er bei seinen Narkosen die *Morphiuminjection stets wegliess*. In allen Fällen (auch schwerste Potatoren darunter!) war die Narkose tadellos; freilich war dabei die gebrauchte Aethermenge etwas grösser, als Witzel und Hofmann angaben, d. h. statt durchschnittlich 100 g pro Stunde etwa 124 g in den ersten 100 Fällen; je geübter man wird, je mehr

man lernt, ganz langsam aufzuträufen, jedes Ueberhasten zu vermeiden, desto weniger Aether braucht man, desto rascher tritt die Narkose ein. Ebenso ist es mit dem Chloroformverbrauch; in den ersten Fällen brauchte Autor 30—10 g, später nur 10—3 g, und jetzt selten 3—1 g, meist nur wenige Tropfen. Jedenfalls ist die Menge so klein, dass sie anstandslos tolerirt wird, zumal man ja das Chloroform einem durch den Aether angeregten Herzen zuführt. Auch der Aether bringt, in dieser Form applicirt, keinerlei Störungen hervor. Bronchitis und Lungencomplicationen traten bei bis dahin gesunden Athmungsorganen nie hinzu, man kann die Narkose aber auch bei alter Bronchitis unbedenklich einleiten; wohl sah Autor hin und wieder stärkere Schleimsecretion nach der Narkose, nie aber bedenkliche Verschlimmerung, ja einige Male besserten sich monatelang bestehende Bronchitiden, wohl gerade in Folge der Anregung der Secretion. Auch ein acuter Lungenabscess und eine ausgedehnte Lungengangraen wurden unter Aethertropfnarkose operirt, ohne dass die Athmungsorgane reagirten. Autor glaubt, dass diese Narkose bald alle übrigen verdrängen wird, da sie bei grösster Einfachheit die gefahrloseste ist, die bis jetzt existirt.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 20.)

**Cholelithiasis.** Ueber einen bemerkenswerthen **Fall von Gallensteinileus** berichtet Dr. Carl Berdach. Am 31. III. wurde er zu einer 61jähr. Frau geholt, welche seit 2 Tagen bettlägerig, über wiederholtes profuses Erbrechen und anfallsweise auftretende Schmerzen im Bauche klagte. 10 Tage vorher hatte die Erkrankung mit Appetitlosigkeit, Uebelkeiten, Erbrechen und starken Diarrhöen eingesetzt, welche Beschwerden, mit Ausnahme der Diarrhöen, mit kurzen Intervallen andauerten. Die Schmerzen im Bauche waren bis in die letzten Tage ziemlich gering, so dass Pat. ihrer Beschäftigung nachgehen konnte. Seit 2 Tagen Stuhlverstopfung. Temp. 37,8, Puls 120, etwas unregelmässig. Arterie rigid. Kein Icterus. Abdomen nicht besonders aufgetrieben. Diffuse Schmerzhaftigkeit des Epigastriums. Leber nicht vergrössert, nicht druckempfindlich, Gallenblase nicht tastbar. Am nächsten Morgen Kothbrechen, das sich Nachmittags wiederholt; Winde gingen ab. Autor stellte die Diagnose auf Occlusio intestini und glaubte, obwohl in den letzten Jahren und während dieser Erkrankung Kolikanfälle nicht aufgetreten waren und die locale Untersuchung quoad Leber hierfür keine

Anhaltspunkte geboten, mit Sicherheit einen Gallenstein als Ursache des Darmverschlusses annehmen zu dürfen, gestützt einmal auf die vor mehreren Jahren von ihm constatirte Ch., dann aber mit Rücksicht auf die Incongruenz der localen Erscheinungen mit dem Bilde des Ileus; auf den fehlenden oder unbedeutenden Meteorismus, den merkwürdigen Umstand, dass trotz Kothbrechens Flatus und Stuhl abgehen können, hat namentlich Naunyn beim Gallensteinileus besonders hingewiesen. Pat. wurde am 1. IV. in's Sanatorium transferirt, bekam 2 Atropin-injectionen à 3 mgr und sollte am nächsten Tage, da das faeculente Erbrechen anhielt, laparotomirt werden. Doch da sich dann bei der Rectaluntersuchung frische Faeces fanden, das Abdomen weich, nicht aufgetrieben, das Allgemeinbefinden trotz des Kothbrechens nicht gerade schlecht war, wartete man noch und setzte die Atropinbehandlung fort. An den folgenden Tagen immer noch faeculentes Erbrechen, dabei ab und zu etwas flüssiger Stuhl, zeitweise starke Darmkoliken. Am 9. Tage nebst den Atropin-injectionen intern 150 g Olivenöl. Am 10. Tage Abgang eines ziemlich ansehnlichen, nussgrossen Steines ( $3\frac{1}{2}$  cm im langen und  $2\frac{1}{2}$  cm im kürzeren Durchmesser). Dieser Stein, der natürlich unmöglich per vias naturales in den Darm gelangt sein konnte, da nur solche von Erbsen- oder Haselnussgrösse den Choledochus passiren können, wurde somit durch eine Fistelbildung aus den Gallenwegen ausgestossen. Die zu Beginn der Erkrankung aufgetretenen Erscheinungen durften wohl auf den Durchbruch des Steins in den Darm bezogen werden. Nach Naunyn erzeugen Steine von mehr als 3 cm im Durchmesser in der Regel Ileus, von anderen wurde der Abgang noch grösserer ohne Beschwerden gesehen. Die Prognose ist auch nach Abgang nicht immer unbedingt günstig zu stellen, indem mitunter noch nachträglich ein durch längeres Liegen des Steins bewirktes Decubitalgeschwür zu Perforationsperitonitis führen kann.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 8. V. 1903. —  
(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 20.)

- **Bemerkungen zur Anpreisung der Chologenbehandlung** macht Prof. Dr. Courvoisier (Basel). Er zeigt zunächst, dass Glaser's Theorie der Gallensteinbildung, seine Theorie der Chologenwirkung unrichtig sind, dass seine Statistik und Casuistik der Heilungsergebnisse nahezu werthlos sind, da er nur selten über Alter der Pat., Entstehung, Dauer, Schwere des Leidens, namentlich aber über die seit der

angeblichen Heilung verflossene Zeit sich ausspricht. Scheinbare Heilungen sind bei keiner Krankheit so häufig, als gerade bei der Ch., Spontanheilungen sind nichts Seltenes, und auch Courvoisier hat öfters solche plötzlich eintretende erlebt bei Pat., die fast schon auf dem Operationstische lagen. Am allerwenigsten sollte man so plötzliche Besserungen der Chologentherapie zuschreiben, bei welcher man doch, falls sie überhaupt als solche nützt, nur eine allmähliche, nicht aber eine sprungweise Auflösung der Steine und Aenderung des ganzen Zustandes erwarten müsste. Autor setzt keinen Zweifel in die Erfolge, die Glaser erreicht hat; dieselben sind aber wohl Folgen der von ihm durchgesetzten Maassregeln: Herausreissen der Pat. aus allen häuslichen und beruflichen Verhältnissen, Verpflegung in einer gut eingerichteten Klinik, Bettruhe und Bewegung im Freien mit weiser Abwechslung, sorgfältigste Regelung der Diaet, CO<sub>2</sub> haltige Soolbäder u. s. w. können gewiss anhaltendere Besserungen hervorbringen, als eine bloss ambulante Behandlung der Pat. während der Koliken, als eine 4wöchentliche Carlsbadereur. Wenn Glaser aber die Erfolge besonders dem Chologen zuschieben will, dann ist Autor im höchsten Grade ungläubig. Glaser giebt nur wenige Situationen an, wo seine Behandlung contraindicirt ist, im allgemeinen will er ohne Chirurgen auskommen und warnt vor demselben, zumal die Gallensteinoperation oft sehr schwierig ist, die Resultate sehr viel zu wünschen übrig lassen. Aber woher kommt dies? fragt Courvoisier. Es kommt daher, weil der Chirurg meist die Pat. erst erhält, wenn alle internen Mittel, aber auch die Menschen erschöpft sind, weil also zu spät operirt werden muss. In dieser Hinsicht werden wohl die Glaser'schen Lobpreisungen der Chologentherapie noch eine Rückwärtsbewegung zur Folge haben. Autor fürchtet das besonders für die schlimmste aller Gallensteincomplicationen, für den chron. Choledochusverschluss, den Glaser gerade für besonders geeignet für sein Mittel erklärt. Autor seinerseits kann nur die Collegen auf Grund langjähriger Erfahrung in solchen Fällen dringend vor länger dauernder interner Behandlung warnen.

(Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1903 No. 9.)

**Epilepsie.** Ueber die **Beziehungen zwischen E. und Migräne** lässt sich Dr. W. Strohmayer (Jena, Binswanger's Privatklinik) aus. Auf die nahe Verwandtschaft beider Leiden ist von Autoritäten wiederholt hingewiesen worden.

Migräne ist bei Verwandten von Epileptikern häufig zu beobachten. Beide Krankheiten sind in hohem Grade erblich, und so tauchen denn in gewissen Familien die beiden Neurosen in buntem Wechsel auf. In nicht wenigen Fällen finden wir E. und Migräne auch bei demselben Individuum vor. Ein Vergleich zwischen Pathogenese und Symptomatologie der E. und Migräne liefert aber noch andere Berührungspunkte:

1. Beiden scheint eine dauernde Veränderung im Gehirn zu Grunde zu liegen, deren Wesen wir noch nicht kennen; es scheinen aber hier wie dort Autointoxicationen, vor allem auch Beziehungen zur harnsauren Diathese, eine gewisse Rolle zu spielen.
2. Sie geben sich durch Anfälle, mit der Neigung zur Periodicität, kund.
3. Beide haben gewöhnlich Prodrome (körperliche Schläffheit, gemüthliche Depression oder Reizbarkeit u. s. w.) und verwandte Auraerscheinungen. Meist handelt es sich um eine visuelle oder auditive oder sensorische Aura, letztere in Form von Paraesthesieen, z. B. Kribbeln oder Ameisenlaufen oder Vertaubungsgefühle, beginnend in der Hand, aufsteigend zur Schulter, zum Gesicht und zur Zunge, der Aura folgt dann der hemicranische oder epileptische Insult.
4. Bei der E. ist man gewöhnt, das Hauptgewicht auf die Entladungen in der motorischen Region der Hirnrinde zu legen, während man für die Migräne die sensiblen resp. sensorischen Rindensymptome hervorhebt. Möbius will Migräne da ausschliessen, wo selbst nur eine Andeutung von Spasmen (Mundwinkel, Zunge etc.) vorkommt; er hält diese Fälle auch bei Anwesenheit von hemicranischen Symptomen für larvirte E. Kowalewsky meint, dass in der Mehrzahl der Migränefälle motorische Symptome vorhanden sind. Er macht auf die Muskelspannungen in den schmerzhaften Gebieten während des Anfalls aufmerksam: das Augenlid ist zusammengezogen, die Muskeln des Halses auf der schmerzenden Seite leicht gespannt, das Nasenloch erweitert, die Nasolabialfalte tiefer, durch Spasmus im M. sternocleidomastoid. wird das Gesicht nach der schmerzenden Seite gedreht.
5. Hemicranischer wie epileptischer Insult enden mit einem Erschöpfungstadium. In diesem kann es bei der E. zu ausgesprochenen Erschöpfungsparesen oder -lähmungen in den vom Krampfe befallen gewesen

Gliedern kommen. Zu den postparoxysmalen Mono- resp. Hemiplegieen und -paresen bei der E. hat man die periodische Oculomotoriuslähmung (*Migraine ophthalmoplégique*) in Parallele gestellt.

6. Kowalewsky berichtet sogar von 2 Fällen von Migräne, im Verlaufe derer er typische Dämmerzustände, analog den epileptischen, sah. Andere beobachteten bei Migränekranken acute vorübergehende Psychosen, die den Anfall begleiteten oder ersetzten (*Dysphrenia hemicranica transitoria*).

Also es giebt genug Berührungspunkte zwischen E. und Migräne. Nun haben Autoritäten Beobachtungen mitgetheilt, dass eine Migräne später in E. überging. Die Migräne war meist mit sensorischen Auraerscheinungen einhergegangen, und es begann dann auch die spätere E. mit ähnlicher paraesthetischer Aura in den Gliedern einer oder beider Seiten, oder dem epileptischen Insulte ging, wie früher dem Migräneanfälle, das Flimmerskotom voraus. Kurz, die spätere E. soll die Neigung zeigen, einzelne Züge der Migräne ins Anfallsbild aufzunehmen. Manchmal besserte sich nach dem Auftreten der E. die Migräne oder hörte ganz auf, sodass man von einer Substitution der Migräne durch E. sprechen könnte. Ebenso existiren Mittheilungen, dass sich die E. gelegentlich zur Migräne mitigiren könne; die epileptischen Anfälle cessiren, und an ihre Stelle tritt Migräne. Solchen Angaben gegenüber kann man sich nicht oft genug daran erinnern, dass es eine Migräne giebt, die als Symptom der E. auftritt. Und deshalb sollte man sich hüten, ohne weiteres von „Uebergängen“ beider Krankheiten zu sprechen. Sehr häufig hängt sich die Grundkrankheit nur ein anderes Mäntelchen um, mit anderen Worten: die Migräne, welche sich zur E. transformirt haben soll, wird oft schon Symptom einer E. gewesen sein, die nur späterhin den Typus ihrer Insulte änderte. Eine längere Beobachtung ergiebt nicht selten, dass die vermeintliche Substitution der Migräne durch E. ein Irrthum war, weil die erstere plötzlich nach Jahren wieder auftaucht, um dann weiterhin mit letzterer abzuwechseln. Die E. hatte die Migräne nicht substituirt, sondern war als etwas Neues zu ihr hinzugetreten. Fast noch unwahrscheinlicher als der Uebergang einer Migräne in E. erscheint die Möglichkeit der Mitigation einer E. zur Migräne. Auch hier ist wohl das Verhältniss so, dass entweder ein Epileptiker Migräne acquirirt oder eine E. Migränetypus annimmt. Die epileptische Migräne aber

bleibt ein Symptom der E., sie mag der genuinen Migräne so ähnlich sehen, wie sie will, denn so evident auch die Anlehnung mancher Formen von Migräne an die E. sein mag, tief bleibt doch die Kluft, die beide trennt. Das Factum, dass die schwerste Migräne trotz jahrelangen Bestehens nie Schwachsinn zur Folge hat, wie die E., muss doch in einem grundverschiedenen Wesen beider Erkrankungen seine Ursache haben. Was das Causalitätsverhältniss zwischen E. und Migräne betrifft, so ist es zwar nicht erwiesen, aber wahrscheinlich, dass nicht die Migräne einer späteren E. den Boden bereitet, sondern dass beide auf demselben Nährboden, der neuropathischen Prädisposition, erwachsen. Insonderheit ist es die degenerative Vererbung, welche analog der Combination von Hysterie und E., auch zusammengesetzte Krankheitsbilder von E. und Migräne zeitigt. Tritt zur Migräne späterhin E., so sind zuweilen secundäre aetiologische Momente zu eruiren (Lues, Alkohol- und andere Intoxicationen, Traumata, Arteriosklerose, Ueberanstrengungen u. s. w.). Zusammenfassend erklärt Autor: „Die Durchsicht unseres Materials hat die öftere Coexistenz von E. und Migräne bestätigt. Meist war die E. später, als die Migräne aufgetreten. Einen Fall, der einwandfrei für einen „Uebergang“ der einen Krankheit in die andere oder für eine gegenseitige dauernde „Substitution“ spräche, habe ich nicht gefunden. Wo etwas derartiges vorzuliegen schien, war die Migräne nur ein Symptom der epileptischen Grunderkrankung, oder die E. trat als etwas Neues zur Migräne hinzu. In den atypischen Fällen war der Entscheid, ob E. oder Migräne vorlag, nicht immer leicht und eindeutig.“ Autor führt zum Schluss einige Fälle als interessante Belege vor.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 10.)

### **Fracturen und Luxationen.** *Schluss\*)* des Artikels:

Dr. A. Becker, **Beitrag zur traumatischen, nicht complicirten Luxation der Extensorensehnen der Finger.** Zwei weitere Fälle dieser Art hat Autor in vergangenem Jahre beobachtet; in beiden gingen allerdings die Pat. auf eine Operation nicht ein. Im 1. Falle handelte es sich um einen 28jähr. Schmied, der 3 Monate zuvor von einem Pferde gegen den rechten Handrücken geschlagen sein wollte. Die Hand soll damals stark angeschwollen sein. infolge eines Blutergusses, und hat Pat. 8 Wochen lang

\*) Siehe Excerpta, letzte Nummer.



einen fixirenden Verband getragen. Nach Entfernung desselben bemerkte er zuweilen bei gewissen Fingerbewegungen ein mit Schmerzen verbundenes Verrutschen der Sehnen des Mittelfingers. Bei Streckstellung der Hand boten die Sehnen nichts Abnormes. Dagegen sprang bei Flexion und gleichzeitiger Ulnarabduction des Mittelfingers um ca. 30° die Strecksehne desselben, nachdem sie bei Beginn der Flexion zuerst ganz wenig ulnarwärts abgewichen war, unter hörbarem Ruck und Schmerz plötzlich radialwärts über das Köpfchen des zugehörigen Metacarpus über. Legte Pat. 2 und 3 Finger zusammen, so blieb die Extensorensehne in ihrer normalen Lage, und Pat. verspürte keinen Schmerz. Das genauere anatomische Verhalten konnte ohne Operation nicht eruiert werden. Fall 2 betraf einen 30jähr. Landwirth, welchem 8 Monate zuvor ein 2 Centner schweres Brett auf den linken Handrücken gefallen sein sollte. Die Hand war danach stark angeschwollen. Der am 3. Tage zugezogene Arzt vermuthete Fractur des IV. Metacarpus, konnte jedoch bei der beträchtlichen Schwellung eine sichere Diagnose vorläufig nicht stellen. Nach erfolgter Abschwellung fand er auf der Dorsalseite der Hand zwischen Capitulum des Metacarpus IV und V ein linsengrosses, flaches, bewegliches Körperchen, das er als ein vom Capitulum metacarpi IV abgesprengtes Knorpeltheilchen auffasste. Dasselbe soll auf Druck sehr empfindlich gewesen sein. Als Autor den Pat. 8 Wochen nach der Verletzung behufs Abgabe eines Gutachtens untersuchte, konnte er dies Körperchen nicht mehr nachweisen, dagegen glitt bei Flexion der Finger zur Faust die Extensorensehne des Mittelfingers mit sicht- und fühlbarem Ruck vom Capitulum des Metacarpus III ulnarwärts herab. Auch die Strecksehne des 4. Fingers wich bei der Flexion etwas aus ihrer normalen Lage ab, und zwar radialwärts, sodass diese beiden Sehnen sich einander näherten. Während zwischen Zeigefinger- und Mittelfingerstrecksehne eine *Junctura tendinum* nicht fühlbar war, sah und fühlte man dieselbe deutlich zwischen den Sehnen vom 3. und 4. Finger und vom 4. und 5. Finger. Auch hier hätte nur die Operation Klarheit bringen können, doch erklärte sich Autor den Vorfall so: Eine Verbindung zwischen 2. und 3. Strecksehne fehlte beim Pat. Durch das Trauma war ein Stückchen vom Capitulum metacarpi IV abgesprengt(?) und ein Bluterguss entstanden. Inwieweit vielleicht auch die Anastomose zwischen 3. und 4. Strecksehne mitverletzt gewesen war, entzog sich jetzt der Beurtheilung. Nach Resorption des Blutergusses kam es nun zu einer Schrumpfung

und dadurch bedingten Verkürzung dieses Verbindungsstückes, und so war durch den Zug dieses verkürzten Sehnenstreifens eine Luxation der Mittelfingerstrecksehne um so leichter möglich, als die Verbindung zum Zeigefinger fehlte. Dass in diesem Falle die *Junctura tendinum* zwischen 3. und 4. Strecksehne in der That durch narbige Schrumpfung verkürzt war, dafür spricht ferner der Umstand, dass auch die Strecksehne des 4. Fingers, wenn auch in weit geringerem Maasse, als die des Mittelfingers, Neigung zur seitlichen Deviation, und zwar radialwärts zeigte. Dass es bei ihr nicht auch zur vollständigen Luxation kam, daran war wohl die Anastomose zwischen 4. und 5. Strecksehne schuld. — Was die Frage der Functionsstörung bei derartigen Verletzungen betrifft, so hängt dieselbe natürlich von dem Grade der Luxation ab. Leichte seitliche Deviationen machen unter Umständen keine oder nur sehr geringe Beschwerden, bedürfen daher auch keiner weiteren Therapie. Anders aber bei completen Luxationen, wo bei jeder Flexion des Fingers die Sehne vom *Capitulum metacarpi* ganz heruntergleitet und dann im *Spatium interosseum* zwischen den beiden Metacarpusköpfchen verläuft. Es entsteht dann jedesmal ein Schmerz, vielleicht dadurch, dass die abgleitende Sehne auf den hier verlaufenden *N. digitalis dorsal.* aufschlägt. Die Functionsstörung der Hand macht sich dann dadurch recht unangenehm bemerkbar, dass durch das Abgleiten der Sehne ulnar- oder radialwärts secundär eine entsprechende Ablenkung des ganzen Fingers durch Veränderung ihrer Zugrichtung zu stande kommt. Weiterhin wird, wie Krukenberg betont, „die Sehne durch ihre Verlagerung in die Furche zwischen den *Capitula metacarpi* der Beugeseite genähert und verliert dadurch ihre normale Stellung zu dem *Hypomochlion* des Gelenkes. Sie verläuft, besonders am Kleinfinger, nicht mehr auf der dorsalen, sondern auf der volaren Seite des Drehpunktes, und dadurch wird eine widersinnige Wirkung derselben auf die Grundphalanx im Sinne der Flexion statt der Extension bedingt.“ Dass durch eine solche Verletzung die rohe Kraft der Hand herabgesetzt sein kann, wie auch die Sicherheit derselben beim Ergreifen und Festhalten von Gegenständen, ist klar, und ist also eine solche Luxation unter Umständen dem Verluste des Fingers in Bezug auf den Functionsausfall gleichzusetzen. Diese Verletzung, die übrigens, da Autor in kurzer Zeit sie 3 mal sah, vielleicht gar nicht so sehr selten ist, verdient also bei unserer heutigen Unfallgesetzgebung durchaus unsere Beachtung.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 12.)

- Die **Behandlung der Vorderarmbrüche** geschah früher allgemein mit fixirenden Verbänden; heute werden letztere von vielen mit Rücksicht auf die nach der Heilung der Fractur so oft zurückbleibenden beträchtlichen Functionsstörungen, Versteifungen, Muskeldegenerationen etc. gänzlich verworfen, doch bildet das Thema noch immer eine schwebende Streitfrage. Zur Entscheidung derselben könnte folgender von Dr. Georg Müller (Berlin) beobachtete Fall dienen: Ein 34jähr. Arbeiter verunglückt am 7. IX. 1902 dadurch, dass eine herabfallende Bogenlampe seinen linken Arm trifft. Der Kassenarzt nimmt eine Einknickung des Radius 7 cm oberhalb des Handgelenkes an und behandelt den Pat. bis zum 6. X. mit kalten Umschlägen und Massage. Von dieser Zeit an arbeitete Pat. wieder, kommt aber wegen noch vorhandenen Schmerzen im Handgelenk in des Autors Behandlung am 13. II. 1903 Muskulatur des linken Armes ebenso wie des rechten, desgleichen Umfangsmaasse. 7 cm über dem Handgelenk deutliche Knochenverdickung der Speiche fühlbar. Beweglichkeit im Schulter-, Ellenbogen-, Hand- und sämtlichen Fingergelenken activ und passiv frei, nur sollen extreme Pro- und Supination schmerzhaft sein. Die Röntgenaufnahme ergab nun das überraschende Resultat, dass es sich nicht um eine Infractur, sondern um eine ganz reelle Fractur gehandelt hat, die geradezu ideal geheilt ist. Schon am 7. III. konnte Pat. mit normaler Functionsfähigkeit entlassen werden. Autor hat mehrere hundert geheilte Vorderarmbrüche zu sehen Gelegenheit gehabt, die mit fixirenden Verbänden behandelt worden waren; kein einziger wies quoad functionem ein so ausgezeichnetes Resultat auf.

(Die Therapie der Gegenwart, Mai 1903.)

- **Fractur des rechten Humerus durch Muskelzug** zog sich ein kräftiger, gesunder, 21jähriger Pat. Dr. A. v. Brackel's (Libau) beim sogen. „Armbiegen“ zu. Die Kraftprobe des „Armbiegens“ wird so vollführt, dass sich die beiden Gegner vis-à-vis an einen festen Tisch setzen, die rechten Ellenbogen fest auf den Tisch aufstemmen, die beiden Unterarme in ganz gleichem Beugewinkel zu einander erheben und die beiden mit den Volarflächen zugewandten Hände so ineinanderlegen, dass jede Hand die andere derart umklammert, dass der Daumenballen der einen in der Hohlhand der anderen zu liegen kommt. Nachdem auf diese Weise die Hände einander fest gefasst haben, und die beiden Daumen in einander verhakt sind, besteht die Kraftprobe nun darin, den Unterarm des Gegners, ohne den eignen Ellbogen von der

Tischplatte zu rühren, d. h. ohne die einmal eingenommene Fixationsstellung des Beugewinkels zwischen Unter- und Oberarm zu verändern, nach aussen hinüber zu drücken, bis die Dorsalseite des Unterarms und der Handrücken vom Gegner die Tischplatte berühren. Autors Pat. hatte eine solche Kraftprobe einmal bestanden und seinen Gegner besiegt, beim 2. Versuch in derselben Sitzung, als der junge Mann seine Muskelkräfte aufs äusserste anspannte, gab es plötzlich einen mit starkem Schmerz verbundenen deutlich hörbaren Krach, und der Arm sank kampfunfähig in der Mitte des Oberarmes fast im rechten Winkel gebeugt auf die Tischplatte. Autor constatirte eine Fractur des Humerus dextr. gleich unterhalb der Mitte desselben mit starker Dislocation des distalen Fracturendes nach innen und hinten, wodurch der Oberarm eine stumpfwinklige Knickung nach vorn und hinten erhalten hatte. Durch Zug Dislocation leicht zu beheben; Pappschienenverband. Nach 18 Tagen Abnahme desselben, gerade Consolidirung, feste Callusbildung. Am 20. Tage Massage und Heilgymnastik, nach 3 wöchiger Massagecur Pat. mit voller Gebrauchsfähigkeit des Armes entlassen. Die Fractur war zweifellos durch übermässige Muskelanspannung entstanden. Beim „Armbiegen“ ist ja die Extremität im Ellbogengelenk rechtwinklig gebeugt, der Unterarm aufrecht auf einer festen Unterlage in Pronationsstellung ruhend zu finden, sämmtliche Flexoren, sowohl des Ober- wie des Unterarmes, sind ad maximum gespannt. In dieser Stellung soll nun ein grosser Widerstand, der am distalen Ende des von Ober- und Unterarm gebildeten Winkels angreift, durch Innenrotation der in krampfhafter Beugestellung befindlichen Extremität abgewehrt, sogar überwunden werden. Um dieses zu bewerkstelligen, muss in erster Linie der Beuger des Vorderarmes, der *Musc. brachialis internus*, ad maximum gespannt in Wirkung treten, um den Winkel zwischen Ober- und Unterarm zu verkürzen. Ist dies erreicht, dann treten erst die Einwärtsroller der Extremität in Kraft. Der *Brachialis internus* muss also die erste und hauptsächlichste Kraftanstrengung entfalten, und durch seine aufs äusserste entwickelte Contractur wird der Humerus, der zwischen dem Schultergelenk einerseits und dem auf der Tischplatte angestemmtten Ellenbogengelenk anderseits fest fixirt ist, über die Grenze seiner Elasticität nach innen gebogen und zum Bruch gebracht. Die Stelle der Fractur am Humerus, sowie das Zustandekommen derselben zu Anfang der Kraftprobe sprechen für diese Entstehungsweise.

(Centralblatt f. Chirurgie 1903 No. 19.)

- Eine **Spontanfractur des rechten Humerus in der Höhe des chirurgischen Halses mit nachfolgender vollständiger Resorption des Gelenkkopfes** sah Dr. A. Bum. Ein 62jähr. Schlosser erlitt im August 1902 einen Betriebsunfall. Mit dem Abladen von Kohlen von einem Wagen beschäftigt, warf er mit beiden Händen ein grosses, vielleicht 70 kg schweres Kohlenstück vom Wagen in die Grube. In diesem Augenblick fühlte er einen blitzartig einsetzenden, heftigen Schmerz in der rechten Schulter und hörte gleichzeitig lautes Krachen. Der rechte Arm war momentan unbrauchbar, was den Verletzten aber nicht hinderte, noch 2 Stunden seine Functionen als Maschinenwärter zu versehen, in welchen ihn die Bewegungsstörung der rechten Oberextremität nicht sonderlich hinderte. Zu Hause behandelte er die Schwellung der Schulter nachts über mit kalten Umschlägen und versah vom nächsten Morgen an den Dienst ungestört, bis ihn im Februar d. J. ein Magenleiden zum Arzt führte, wo auch die Folgen der Verletzung constatirt wurden. Autor untersuchte den Pat. im April d. J. und glaubte auf den ersten Blick, eine Luxatio humeri subcoracoidea vor sich zu haben; dafür sprach das Abweichen der Längsachse des Humerus gegen die Mohrenheim'sche Grube, die deutliche Abflachung der Acromialportion des Deltamuskels, das Vorspringen des Proc. acromialis. Auch die Palpation der Schultergegend schien diese Diagnose zu bestätigen, da man mit den Fingerspitzen in die leere Cavitas glenoidalis einzudringen vermochte. Erst durch passive Hebung des Oberarmes, welcher hierbei in seinem oberen Dritttheil eine vollständige Abknickung erfuhr, wurde es klar, dass eine Continuitätstrennung des Knochens vorlag, und musste zunächst an eine nicht consolidirte Fractur, combinirt mit Luxation des oberen Bruchstückes gedacht werden, an eine Spontanfractur durch Muskelzug; der Arm wurde in der Wurfbewegung plötzlich durch die kräftige Schultermusculatur gehemmt und hierdurch in einen ungleicharmigen Hebel verwandelt, dessen längerer Arm vom Handgelenk bis zur Insertion der Schultermuskeln als Hypomochlion reichte; dicht vor letzterer brach der Knochen durch gewaltsame Biegung. Nun blieb aber jetzt die Nachforschung nach dem oberen Fragment völlig erfolglos; *das centrale Bruchstück musste im Verlauf von höchstens 9 Monaten vollständig resorbirt worden sein*, ein seltenes, allerdings schon vereinzelt beobachtetes Vorkommniss, das wohl dann sich ereignet, wenn das vom Schafte getrennte Knochen-

stück, welches der Ernährungsarterie entbehrt und auch keine Continuität mit der Kapsel und durch diese mit ernährenden Gefässen besitzt, devitalisirt, zum Sequester wird. Auch das Röntgenbild zeigte später das völlige Fehlen des Kopfes.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 8. V. 1908. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1908 No. 20.)

### **Gonorrhoe.** Ueber die **Behandlung der gonorrhoeischen**

**Vulvovaginitis mit Protargol** berichtet Dr. Hirschl (Allgem. Krankenhaus in Prag). Bei *chronischen* Katarrhen wurde kein nennenswerther Erfolg erzielt, dafür war die Wirkung des Protargols bei *acuten* Katarrhen geradezu wunderbar, und desto eclatanter, je früher die Pat. in Behandlung kamen. Der abundante Ausfluss in wenigen Tagen verschwunden, ebenso sehr bald die Gonokokken. Die Behandlung wurde in zweierlei Weise durchgeführt: 1. wurde in den ersten 3, 4 bis 5 Tagen täglich eine 8—10%ige (kalt und frisch zubereitete!) Glycerinprotargollösung applicirt, in den nachfolgenden 8, 9 bis 10 Tagen täglich 1 mal eine 4—5%ige Lösung. In den letzten 4—5 Tagen waren sicher keine Gonokokken mehr im Ausstrichpräparate zu finden. Oder 2. wurde gleich von Anfang an eine nur 4—5%ige Lösung in Gebrauch genommen, aber damit 2 mal täglich die Scheide ausgespült. Nach 10—12 Tagen waren die Gonokokken verschwunden. Nach jeder solchen Cur liess Autor eine mehrtägige Pause eintreten, in welcher sich die Pat. nur mit gewöhnlicher Sodalösung täglich ausspülten. Nach dieser Pause (1 Woche) wurde Pat. jeden 2. Tag mit 3—4%iger Protargollösung behandelt, an den Zwischentagen mussten sie sich selbst mit einer schwachen Chlorzinklösung (1 Kaffeelöffel einer 50%igen auf 1 l lauen Wassers) ausspülen. Nach 4—5 solchen Protargolspülungen (8—10 Tagen) war die Cur beendet, die Pat. mussten noch 2—3 Wochen lang die Spülungen mit Chlorzink fortsetzen. Protargol erwies sich geradezu als Specificum gegen gonorrhoeische Vaginitis (die Spülungen erfolgten mit *kühler* Lösung!); mit keinem anderen Antigonorrhoeicum wurde ein so sicherer und augenfälliger Erfolg erzielt. Unterstützt wurde die Einwirkung des Mittels noch dadurch, dass in den Fällen mit reichlicherer Secretion den Spülungen solche mit Soda vorausgingen, durch die jedesmal der Schleim erst gelöst wurde, sodass das Protargol ein reines Arbeitsfeld vorfand. Irrigationsflüssigkeit stets 1 l betragend und, wie unbedingt

29\*

nöthig, frisch und auf *kaltem* Wege hergestellt (Protargol wird in ein Gefäß, das die erforderliche Wassermenge enthält, vorsichtig aufgeschüttet, wobei sich die Lösung allmählich von selbst vollzieht). Bei *Kindern* wurde 1—2½%ige Lösung benützt und jedesmal ⅓ l eingeführt (durch einen in die Hymenalöffnung durchgeleiteten weiblichen Glaskatheter). Waren nach 8—12 Tagen die Erscheinungen verschwunden, so wurde jeden 2. Tag mit Chlorzink (½ Kaffeelöffel 50%iger Lösung auf 1 l lauen Wassers) gespült, an den Zwischentagen mit Sodalösung. Die Tamponbehandlung blieb für die *subacuten* Fälle reservirt, indem neben den täglich vorgenommenen Scheidenspülungen ein je nach der Schwere des Falles mit 1½ bis 3%iger Protargollösung, getränkter, mit Zwirnfaden armirter Tampon eingeführt wurde, der über Nacht verblieb und früh herausgenommen wurde, wonach Sodaspülung erfolgte. So wurden auch in älteren Fällen ziemlich rasch Besserungen erzielt, Complicationen kamen fast nie vor.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1903 No. 13.)

- Mit **Ichthargan** stellte Dr. J. Aisinmann (Max Joseph's Poliklinik Berlin) Untersuchungen an, zunächst um festzustellen, wie tief das Präparat in die Harnröhrenschleimhaut eindringt. Es zeigte sich, dass jedes Eindringen des Ichthargans von einer Zerstörung des Epithels der urethralen Schleimhaut begleitet wird, dass Lockerung oder Abtragung einiger oder aller Schichten des Epithelgewebes stattfindet, bis auf die letzte cubische Schicht, die erhalten bleibt, wodurch eine Vernarbung vermieden wird. Es zeigte sich ferner, dass Ichthargan eines der wenigen Mittel ist, welches desquamativ wirkt und, da die Schälung ein äusserst wichtiger therapeutischer Act ist, sich zur Behandlung der G. wirklich qualificirt. Nach den Erfahrungen des Autors ist es am empfehlenswerthesten, wenn man es, in acuten Fällen in der Concentration von 1:1000—1:250, in peracuten Fällen und in Fällen terminalen Katarrhs von 1:5000—1:3000 anwendet; in chronischen Fällen sah Autor die günstigsten Erfolge von Injectionen einer Lösung von 1:500—250 und Instillationen von 1—5 %iger Lösung. Taenzer hat auch die interne Medication von Ichthargan (0,05:200,0 3 mal tägl. 1 Esslöffel) empfohlen. Autor hat dies in 3 Fällen auch versucht, hat aber mit dieser internen Behandlung allein nichts ausgerichtet.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1903 No. 9 u. 10.)

**Hemicranie.** In Bezug auf die **medicamentöse Therapie** der **H.** rath Dr. R. Fuchs (früh. Assistent v. Krafft-Ebing's) zu einer systematischen Brombehandlung. Man verordne täglich 3—4 bis 5—6 g Bromnatrium in 2—3 Einzelgaben über den Tag vertheilt, und zwar durch Wochen hindurch; man höre erst auf, wenn sich unangenehme Nebenerscheinungen geltend zu machen beginnen. Bei den einzelnen Anfällen hat dem Autor folgende Combination die besten Dienste geleistet:

Rp., Phenacetin. 0,5  
Coffein. 0,06  
Codein. 0,02  
Guarana 0,2.

Da die Pulver schlecht schmecken, hat Autor die Firma Natterer (München) veranlasst, Tabletten herzustellen, und zwar von der angegebenen Stärke und schwächere (halbe Dosis). Diese „Migränetabletten“ (10 Tabletten im Glase elegant gepackt) kann Arzt und Pat. bequem bei sich führen und auch bei manch anderen Leiden zweckmässig verwenden.

(Die Heilkunde 1903 No. 5.)

**Hyperidrosis.** Mesotan schätzt Dr. Joh. Kropil (Pressburg) nicht allein als ausgezeichnetes schmerzlinderndes und heilendes *Antirheumaticum*, sondern auch als vortreffliches Mittel gegen H. Noch nie hat er die *Nachtschweisse der Phthisiker* leichter und sicherer coupirt, als mit diesem Präparat. Er liess jeden Abend 8—10 Tropfen Mesotan mit Olivenöl zu gleichen Theilen vermengt auf den ganzen Stamm einreiben, und konnte regelmässig am folgenden Morgen eine Besserung und längstens am 3. Tage ein vollständiges Ausbleiben des Schweisses constatiren. Die Besserung hielt ohne weitere Behandlung einige Tage an, um sich bei neuer Application ebenso prompt und sicher zu bewähren. Ebenso günstige Resultate wurden bei übelriechendem *Fussschweiss* erzielt, endlich bei 2 Fällen von *Pruritus cutaneus*, der durch 2mal täglich vorgenommene Mesotanapplication gänzlich beseitigt wurde.

(Wiener med. Presse 1903 No. 13.)

**Hysterie.** Einige Fälle der von ihm beschriebenen typischen Form der **Kinderhysterie** stellte Dr. J. K. Friedjung vor. Auf dem Karlsbader Naturforschercongress hatte er



diese Form besprochen, die im wesentlichen in mehr oder weniger häufigen kurzen Schmerzanfällen besteht, die meist in den Oberbauch verlegt, einer vorübergehenden Incarceration nicht unähnlich sind. Alle befallenen Kinder zeigten neben den Zeichen der H. eine Diastase der Mm. recti abdominis, sonst nichts Pathologisches. Zu seiner Auffassung solcher Fälle war Autor auf folgendem Wege gekommen. Im Jahre 1897 hatte Büdinger über Diastasen in der Linea alba der Kinder mit Incarcerationserscheinungen berichtet, die er bei 4 Knaben beobachtet und mit einem Heftpflasterverbande geheilt hatte. Bei der grossen Verschieblichkeit der Bauchhaut konnte aber jener Verband doch wohl nur suggestiv wirken. Auf der anderen Seite aber fand Autor, dass 75% aller Kinder jenseits des 2. Lebensjahres eine mehr oder weniger ausgedehnte Diastase in der Linea alba ohne irgend ein krankhaftes Zeichen aufwiesen. Sollte es also wirklich einmal zu incarcerationenähnlichen Anfällen kommen, so musste wohl eine abnorme Ueberempfindlichkeit der Bauchorgane die Ursache sein. Hyperaesthesia, Suggestibilität — beide wiesen auf H. hin, und in der That konnte Autor bei allen Kindern, die das von Büdinger geschilderte Krankheitsbild darboten, H. unzweifelhaft feststellen. Autor demonstriert solch eine Pat., die nach mannigfachen therapeutischen Enttäuschungen am 2. d. M. in Monti's Kinderabtheilung kam. Das bis vor 2 Jahren angeblich gesunde, jetzt 8jähr. Mädchen erkrankte damals an Masern, genas rasch, leidet aber seither an Seitenstechen und anfallsweisen Schmerzen in der Magengegend. Sie treten meist am Morgen, oft aber auch mehrmal am Tage auf, stellen sich 2—3mal in der Woche, zeitweise auch täglich in gleicher Intensität ein, um dann wieder mehrere Monate, wenn auch nicht ganz, wegzubleiben, so doch wesentlich schwächer zu werden. An schlechten Tagen klagt sie Abends über Kälte, in der Nacht machen sich aber die Anfälle niemals geltend, doch ist Pat. oft schlaflos. Mit dem Stuhl ist sie immer in Ordnung, nie wurden Würmer bemerkt, dagegen ist der Appetit seit Beginn der Erkrankung schlecht. Der Schmerzanfall dauert etwa 5 Minuten, das Kind wird dabei blass, krümmt sich vornüber und presst dabei beide Hände flach gegen die Magengrube. Nach dem Anfälle geht es seiner Beschäftigung wieder nach. Sie ist eine gute Schülerin, sehr lebhaft, leicht „boshaft“. Eltern angeblich gesund, in der Familie keine Nervenkrankheiten. Die Untersuchung des schlecht genährten, lebhaften und sehr gesprächigen Mädchens erweist

gesunde Organe, Stuhl normal, Bauchhaut aber empfindlich, noch schmerzhafter die Palpation des Abdomens, namentlich beiderseits Ovarie. Dornfortsätze der obersten Halswirbel druckempfindlich, Cornealreflex tief herabgesetzt, Rachenreflex fehlt. Zwischen den Mm. recti abdom. oberhalb des Nabels etwa 3 cm breiter Spalt tastbar, der nach oben bis an den Proc. xiphoideus, nach unten bis nahe an die Symphyse reicht. Es handelt sich also hier wohl um den beschriebenen Typus. Die Schmerzen denkt sich Autor so entstanden, dass die Einschiebung von Baucheingeweiden zwischen die gespannten Muskelränder wegen der krankhaften Ueberempfindlichkeit zuweilen zu einer schmerzhaften Sensation führt, während das gesunde Kindern gar nicht zum Bewusstsein kommt. Suggestivtherapie mit Tct. Valer. als Vehikel auch hier, wie fast immer, sehr wirksam; seit dem Eintritt in's Krankenhaus haben die Schmerzanfälle aufgehört, ohne dass der objective Befund oder die Lebensweise sich irgendwie geändert hätte. Noch 2 andere Fälle (6½jähr. Knaben und 7½jähr. Mädchen) führt Autor vor. Von besonderem Interesse ist das Mädchen, das wegen „Lungenkatarrhs“ eingeliefert wurde; die objective Untersuchung ergab jene beiden Componenten (hysterische Zeichen und Diastase der Mm. recti), und auf die Frage nach Schmerzanfällen gab die Mutter überrascht die typische Schilderung.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 6. III. 1903.  
Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 11.)

- **Hysterischen Spitzfuss nach Trauma** sah Oberstabsarzt Herhold (Altona) bei einem im 4. Jahre dienenden, bisher gesunden und aus gesunder Familie abstammenden Unteroffizier, der am 26. XI. 1901 nach einem Sprung über den Graben einen heftigen Schmerz im rechten Fusse verspürte. Er meldete sich nicht krank, wurde aber, da er mit dem rechten Fusse lahmte, im Dienste geschont, that aber später wieder regulären Dienst. Ende Januar 1902 wurden die Beschwerden heftiger, am 2. II. meldete sich Pat. krank und kam in's Lazareth. Er lahmte stark, Anhaltspunkte hierfür liessen sich klinisch nicht finden. Beide Fussrücken stark gewölbt, der rechte Fuss stand beim Liegen in einer deutlichen Spitzfussstellung mässigen Grades. Trotz sorgfältiger Behandlung keine Besserung, daher Transferirung in ein anderes Lazareth behufs medico-mechanischer Behandlung. Am 27. II. Status: Beim Auftreten angeblich erhebliche Schmerzen im rechten Fuss-

gelenk, an der rechten Achillessehne dicht über der Ferse und auf dem rechten Fussrücken; beim Liegen steht der rechte Fuss in Spitzfussstellung, die Achillessehne über der Ferse fühlt sich gespannt an; Druck auf die verschiedensten Stellen des rechten Fussrückens schmerzhaft, activ kann der Fuss aus seiner Spitzfussstellung nur sehr wenig gebeugt werden, passiv Beugung bis zum rechten Winkel unter Schmerzempfindung möglich; Schwellungen, Auftreibung der Knochen u. dgl. fehlen, auch das Röntgenbild ergibt normale Verhältnisse; grobe Kraft des Beines nicht herabgesetzt trotz geringer Atrophie der Unterschenkel-musculatur; bei der Untersuchung geringe klonische Zuckungen in der Musculatur des rechten Oberschenkels, Knie- und Achillessehnenreflexe beiderseits etwas gesteigert; keine Sensibilitätsstörungen, kein Romberg, keine Ataxie, normale elektrische Erregbarkeit der Muskeln. Pat. wurde bis zum 12. V. 1902 mit Massage, orthopaedischen Uebungen, zeitweiligen Gypsverbänden behandelt. In den letzteren stand der rechte Fuss rechtwinklig, und konnte damit Pat. gut umhergehen, nach Abnahme aber stellte sich der Fuss wieder in die spitzwinklige Stellung und machte die alten Beschwerden. Auch sonst äusserte Pat. allerhand Klagen; bald hatte er Augen-, bald Hals-, bald Rückenschmerzen, er machte den Eindruck eines unruhigen, nervösen Menschen. Da trotz 3monatlicher Behandlung keine Besserung zu erzielen war, wurde er am 12. V. 1902 als Invalide entlassen. Im Februar 1903 traf ihn Autor zufällig; er erzählte, sein Bein sei jetzt ganz gesund, nur bei längeren Marschiren habe er bisweilen Beschwerden; die Besserung sei ganz von selbst nach und nach eingetreten. — Es handelte sich hier also um eine reine Gelenkneurose, die ursprünglich wahrscheinlich reflectorisch ausgelöst wurde durch geringe Beschwerden im Anschluss an jenes Trauma. Ob nun Begehrungsvorstellungen für die zu erwartende Pension oder Angstzustände vor den Folgen des Leidens zur Weiterentwicklung der Neurose beitrugen, lässt sich schwer sagen. Ausser Hysterie käme nur noch die Ehret'sche Gewohnheits-Contractur in Betracht. Dass es sich nicht um eine solche handelte, geht aus folgenden That-sachen hervor: 1. Entwickelte sich hier der Spitzfuss nicht schleichend, sondern rasch, aber verschlimmerte sich dann nicht weiter. 2. Wurde der Fuss nicht zur Entspannung gewisser Muskeln beim Gehen in Spitzfussstellung gebracht, vielmehr trat letztere gerade im Liegen erst in die Erscheinung. 3. War die Stellung des Fusses ohne Einfluss

auf die Schmerzen. 4. Zeigte Pat. Merkmale eines hysterischen Allgemeinleidens.

(Monatsschrift für Unfallheilk. u. Invalidenwesen 1903 No. 5.)

- Ein **eigenartiges Bild der H.** lernte Dr. R. Fränkel (Lechwitz) bei einem 32jähr. Bauern kennen, zu dem er gerufen wurde. Als er hinkam, fand er das Zimmer voller Leute. Der Pat. lag stöhnend und anscheinend bewusstlos im Bette. Er bekam gerade eine Art von Tobsuchtsanfall, bei dem 7 starke Männer mit Mühe im Stande waren, den im gesunden Zustande schwachen Menschen zu halten, der u. A. einem der Umstehenden die Hose vom Leibe riss, einem anderen den Daumen luxierte, andere zu beißen suchte. Nach 10 Minuten liess der Anfall nach, Autor trat an's Bett und rief den Pat. an, der ihm, die Augen aufschlagend, den entblösten linken Arm entgegenstreckte, um, wie die Anamnese später ergab, eine Injection zu erhalten. Er bekam auch sofort 1 Spritze Morph. ( $2\frac{0}{10}$ ); kaum war die Nadel eingestochen, als er schon tief aufathmete, und die Nadel war noch nicht herausgezogen, als er schon normal zu sprechen begann, und mit Ausnahme totaler Erschöpfung alles Pathologische verschwunden war. Die Anamnese ergab: Pat. war bereits *3 Jahre hintereinander jährlich ungefähr um dieselbe Zeit von derlei Anfällen heimgesucht* worden. Dieselben traten angeblich aus einem unbedeutenden Anlass auf, entweder in Folge einer geringen Aufregung oder nach Abusus alcoholicus, *wiederholten sich täglich durch 4—5 Tage, jedesmal um dieselbe Stunde.* Der behandelnde Arzt machte jedesmal eine Injection, doch unterzog sich Pat. nach Aufhören dieser acuten Anfälle nie einer weiteren Behandlung. Er litt seither auch an Schlaflosigkeit und leichter Ermüdung. Potus in geringem Grade. Keine anaesthetischen und hyperaesthetischen Zonen. prompte Reaction auf Hautreize, normale Pupillenreaction. Bei geschlossenen Augen starkes Blinzeln, bedeutende Steigerung sämtlicher Reflexe, besonders des Patellarreflexes. Bei Druck in der Gegend des unteren Hypochondriums (entsprechend der Gegend des Ovariums beim Weibe) heftige Schmerzen. Als Autor Tags darauf zu derselben Stunde kam, dasselbe Bild. Morphinum-Injection ( $1\frac{0}{10}$ )  $\frac{1}{2}$  Spritze mit gleich günstigem Erfolge. Am 3. Tage zu derselben Stunde neuerlicher Anfall, *reine Aq. destill.-Injection brachte den Anfall zum Schwinden.* Am 4. Tage dasselbe Manöver. Am 5. und 6. Tage nur Präventiv-Einspritzung suggestionis causa, jedoch keine Anfälle mehr. Seither Elektrisieren.

Hydrotherapie, Brom, Fellow-Syrup etc.; worauf die Krankheitserscheinungen (Erhöhung der Patellarreflexe, Ovarie, Blinzeln, Schlaflosigkeit etc.) allmählich verschwanden.

(Wiener „Medicin. Blätter“ 1903 No. 21.)

### **Intoxicationen. Nebenwirkungen von Jodipin und Aspirin**

sah Dr. Heermann (Posen). Kräftiger, sonst gesunder Mann erhielt gegen Arteriosklerose täglich 1 Kaffeelöffel Jodipin (10%). Nach wenigen Tagen neben Kratzen im Halse und allgemeiner Unruhe auffallende Schlaflosigkeit. Nach Aussetzen des Mittels schwanden die Erscheinungen schnell. Schwächliche, aber nicht magenkrankte Pat. nahm gegen Muskelrheumatismus 5 Tage lang 2 mal täglich 0,5 Aspirin (nach dem Essen); jedesmal darnach Magenschmerzen und Uebelkeit. Eine andere, sehr kräftige Pat. gebrauchte ebenfalls gegen Muskelrheumatismus Aspirin, und zwar an einem Tage 3 mal 0,5 g, am 2. Tage zunächst 2 mal 0,5 (nach dem Essen) und dann 1 mal 1 g (vor dem Essen). Regelmässig nach dem Einnehmen Magenschmerzen, etwa 1 Stunde lang anhaltend und bei der letzten Dosis von 1 g unter Ohrensausen und Schwindel mit Erbrechen endend. — Auch Prof. Rabow ist recht vorsichtig bezüglich Verordnung des Aspirins geworden, nachdem er kürzlich bei einer 80jährigen, über rheumatische Beschwerden klagenden Frau nach einem Pulver von 0,5 g Unbehagen, Uebelkeit und Erbrechen beobachtet. In einem anderen Falle traf er einen 40jährigen, ziemlich kräftigen Mann in einem Zustande an, der die Umgebung den bevorstehenden Exitus letalis befürchten liess. Heftige Schmerzen in der Magengegend und Neigung zum Erbrechen, leichenblasses, mit Schweiss bedecktes Gesicht, kaum fühlbarer Puls. Pat. hatte sich Aspirin-tabletten gekauft und im Laufe des Nachmittags 4 Stück (à 0,5) genommen. Abends trat der geschilderte Zustand ein; am nächsten Tage gutes Befinden.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 5.)

- **Adrenalin in Verbindung mit Atropin applicirt**, birgt nach Dr. Mengelberg (Aachen) eine gewisse Gefahr in sich. Bei der gewöhnlichen Anwendung von  $\frac{1}{2}$ —1%iger Atropinlösung als Augentropfen bedarf es kaum der Vorsichtsmaassregel, das Lid zu wenden oder den Thränensack zu comprimiren. Anders scheint es bei der Verbindung des Atropins mit Adrenalin zu sein. Autor beobachtete in mehreren Fällen, dass nach vorheriger Instillation von Adrenalinlösung schon 3—4 Tropfen einer 1%igen Atropinlösung Trockenheit im

Halse und Uebelkeit hervorriefen. Die Eintröpfelung hatte er selbst vorgenommen, und zwar je einen Tropfen Atropin im Abstände von je 10—15 Minuten, nachdem vorher 2 Tropfen folgender Adrenalinlösung eingetropft waren:

Adrenalin (1 : 1000) 2,0  
Aq. dest. 10,0.

In einem Falle war 1%ige Atropinlösung und Adrenalin mit nach Hause gegeben worden. Der Pat. kam 3 Tage später wieder und erzählte, er habe die Tropfen nur am 1. Tage gebraucht (2stündlich 1 Tropfen), danach sei es ihm aber so trocken im Halse geworden, er habe Brechreiz und Herzklopfen bekommen, sodass er das Mittel nicht mehr gebraucht habe. Daraufhin sei es am anderen Tage wieder besser geworden. In keinem dieser Fälle lag Unverträglichkeit gegen Atropin vor; wurde dieses allein applicirt oder Atropin mit Adrenalin bei gleichzeitiger Auswärtswendung des Unterlides, so trat keine Störung des Allgemeinbefindens ein. Die schnelle, giftige Wirkung des Adrenalin-Atropin erklärt Autor so: Durch Adrenalin werden die Gefässe der Thränencanalschleimhaut zur Contraction gebracht, dadurch wird die Schleimhaut dünner, der Canal leichter passirbar. Da nun Adrenalin nicht die genannten Vergiftungserscheinungen hervorruft, so muss also das Atropin durch den erweiterten Canal leichter in den Nasenrachenraum gelangen, um von dort weitergehend seine Wirkung auszuüben. Deshalb empfiehlt sich bei gleichzeitiger Anwendung von Adrenalin und Atropin (und wohl auch anderen Alkaloiden!) grössere Vorsicht.

(Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges, 7. Mai 1903)

- Einen **Vergiftungsfall aus eigenartigem Anlass** erlebte Dr. Pause (Meerane). Ein 65jähr. Mann erhielt von seinem Arzte 2 grosse Schachteln sogen. „Asthmapulver“ (bestehend aus 20 g Fol. Belladonnae, 20 g Fol. Hyoscyami, 40 g Fol. Datur. Stramonii, 20 g Kal. nitr.) zum Inhaliren verordnet. Die Schachteln waren eingehüllt in einen Reclamezettel für Somatose. Pat. las diesen Zettel, bezog dessen Inhalt auf die Pulver und nahm einen Kaffeelöffel voll in Milch ein. Sehr bald machten sich die ersten Intoxicationerscheinungen (Trockenheit im Halse, Wadenkrampf, Verlust der Sprache, auffallende Schwäche in den Beinen u. s. w.) bemerkbar. Pat. konnte kein Wasser lassen, bekam Leibschmerzen, verlor die Besinnung, wobei sich hohe motorische Unruhe, Delirien etc. zeigten, ein schweres Krankheitsbild, das erst in einigen

Tagen behoben werden konnte. Der Fall zeigt, dass Reclamezettel nicht zum Verpacken von Medicamenten benützt werden sollten. Hätte auf dem Zettel zufällig gestanden „3 mal täglich einen *Esslöffel* zu nehmen“, so wäre Pat. schwerlich mit dem Leben davongekommen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 20.)

- Ueber eine **seltene Intoxication** macht Dr. Alph. Kramer (Dorpat) Mittheilung; eine Vergiftung mit dem allgemein als harmlos angesehenen *Wäscheblau*. 1 $\frac{1}{4}$  jähr. Kind isst am Abend eine Kugel Wäscheblau, am nächsten Vormittag noch eine, und erkrankt Mittags plötzlich mit heftigem Erbrechen und Durchfall, dann Krämpfen und Somnolenz. Nachmittags 4 Uhr: Leichte Cyanose, starke Convulsionen, unregelmässige, oberflächliche, intermittirende Athmung, unregelmässiger, fadenförmiger Puls, absolute Somnolenz, Mydriasis, reactionslose Pupillen. Sehr bald vollständiger Athemstillstand, moribunder Zustand. Therapie: Energische künstliche Athmung, Vin. stib., Thoraxerschütterungen, reichlich Cognac mit Milch (per os und per klysmata). Erst nach 3stündiger Thätigkeit stellten sich wieder Athmung und Herzthätigkeit spontan ein, der Zustand besserte sich allmählich, und Tags darauf war Pat. wieder hergestellt. Bei der Analyse erwies sich der Farbstoff als Ultramarin. Dies wird hergestellt aus Thonerde, Kieselsäure, Natron, Kalk und Schwefel, oder aus Kaolin, Natr. sulfat. und Kohle, oder aus Kaolin, Soda, Schwefel und Kohle, und ist ein an sich unlösliches Pigment, das indessen durch Säure oder saure Salze unter Entwicklung von *Schwefelwasserstoff* zerstört wird. Es handelte sich hier um eine Vergiftung mit  $H_2S$ . Dasselbe gelangt aus dem Magen ins Blut, wo es dank dessen Alkalescentz nicht zur Wirkung kommt, dann auf dem Wege der Blutbahn in die Lungen, wo es frei wird und in Action tritt. Dies geschah hier auffallend spät; es sind aber auch andere Fälle von Spätwirkung von  $H_2S$  schon bekannt.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1903 Nr. 18.)

**Pityriasis versicolor** wird nach Geh. S.-R. Dr. Aufrecht (Magdeburg) sehr gut beeinflusst durch **Salicylalkohol**; er konnte durch allabendliches Einreibenlassen einer 4%igen Lösung von Acid. salicyl. in Alcohol. absol. meist schon nach 14 Tagen vollkommenen Erfolg erzielen. Das Mittel bewährte sich besser, als alle bisher angewendeten.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 4.)

### **Pneumonie. Schultze'sche Schwingungen bei Bronchiolitis**

**und katarrhalischer P. junger Kinder** empfiehlt Dr. C. S. Engel (Berlin). In Fällen, wo die obere Bauch- und die untere Rippengegend statt bei der Inspiration hervorgewölbt zu werden, stark einsinken, wenn Krämpfe und Cyanose eintreten, wenn das Sensorium benommen ist und der vorher stark gespannte, wenn auch fliegende Puls klein wird, dann versagen häufig auch die als letztes Mittel neben Campher empfohlenen Applicationen kalten Wassers. Zufällig bekam Autor in letzter Zeit häufiger derartig schwere Fälle von Capillar-Bronchitis und Bronchopneumonie kleiner Kinder zu Gesicht, und da bewährten sich ihm wiederholt die Schultze'schen Schwingungen als lebensrettend. Er nahm etwa 3 mal hintereinander 10 ausgiebige Schwingungen mit Pausen von je 5 Minuten vor; die Schwingungen wurden im Laufe weniger Stunden häufiger wiederholt, bis die dringendste Gefahr vorüber war.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 9.)

- Ueber **Frührecidive bei der fibrinösen P.** macht W. Ebstein (Göttingen) Mittheilung. Bekannt ist ja längst, dass die fibrinöse P. ein und dasselbe Individuum öfter als einmal befallen kann, d. h. nach längeren Zeiträumen. Es ist das umgekehrt als beim Abdominaltyphus. Bei diesem tritt gar nicht selten nach Ablauf der Krankheit, nachdem die Pat. kürzer oder länger in die Reconvalescenz eingetreten sind, eine Wiederholung der Krankheit ein; aber die Pat. können auch nach Jahren und Jahrzehnten wieder an Typhus erkranken. Bei der fibrinösen P. kommt es sehr selten vor, dass sich in der Reconvalescenz eine neue fibrinöse P. entwickelt, ein „Frührecidiv“, wie es Autor am besten bezeichnet wissen will, während eben nach vollständiger Wiederkehr der Gesundheit der Pat. nie sicher ist, wieder an P. (an einem „Spätrecidiv“) zu erkranken. Ein solches Frührecidiv hatte nun Ebstein zu beobachten Gelegenheit. Bei dem Pat., einem 17jähr. Arbeiter, wies die Temperaturcurve 2 Fieberperioden auf, welche durch eine fast 7tägige fieberlose Periode von einander getrennt waren. Mit dem Beginn dieses fieberlosen Intervalls trat der Pat. in die Reconvalescenz einer schweren fibrinösen P. ein. Dass es sich wirklich um eine solche handelte, ging klar aus der Krankengeschichte hervor. Und dass sich der Pat. bereits in der Reconvalescenz befand, ging nicht nur aus der Temperaturcurve, welche einen typischen, über Nacht sich vollziehenden kritischen



Abfall zeigte und der damit Hand in Hand gehenden Verringerung der Zahl der Pulsschläge hervor, sondern auch daraus, dass das bei der Auscultation auftretende Knister-rasseln den Beweis dafür lieferte, dass die Resolution des Infiltrates wirklich begonnen hatte. Dass es sich bei der 2. Erkrankung wieder um fibrinöse P. handelte, ergab sich unzweifelhaft wiederum aus dem Verlauf. Auch die zweite P. endete, und zwar in der Nacht vom 3. zum 4. Krankheitstage, kritisch. Das Allgemeinbefinden war zwischen beiden Erkrankungen ein gutes. Bei beiden Erkrankungen war das Sputum typisch, nur wurden Pneumokokken nicht gefunden. Beide Male handelte es sich um eine an gleicher Stelle localisirte P., nämlich im unteren rechten Lungenlappen, und waren bei der zweiten P., wie sich bei der Auscultation und Percussion bestimmt nachweisen liess, solche Parthieen des rechten unteren Lungenlappens befallen, welche bei der 1. Attaque in gleicher Weise erkrankt gewesen waren. Es handelte sich also hier keineswegs um eine Recrudescenz, d. h. Verschlimmerung einer bestehenden P., sondern um eine neue pneumonische Erkrankung eines eben erst pneumonisch erkrankten Lungenabschnitts, welcher sich im Zustand vollster Reconvalescenz befand. Ein solches „Frührecidiv“ hatte Ebstein vorher noch nie gesehen, andere haben es vereinzelt beobachtet, jedenfalls sind solche Fälle aber recht selten. Man muss sich die Sache wohl so vorstellen, dass durch das Ueberstehen einer P. auch eine sehr kurze temporäre Immunität des betroffenen Individuums nicht hergestellt worden ist, und dass eine neue Infection sofort noch in der Reconvalescenz eintreten kann.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 18.)

- **Einige Gedanken über die Behandlung der P.** spricht Dr. Gerwin (Grenzhausen) aus. Er warnt zunächst davor, durch Fiebertmittel die Reservekräfte des Herzens zu verbrauchen. Wenn die Temperatur in  $40^{\circ}$  C. nicht übersteigt, geht Autor bei Erwachsenen überhaupt nicht gegen das Fieber vor. Bei Kindern verordnet er Priessnitz'sche Umschläge, je nach Heftigkeit des Fiebers, 1—2 stündlich zu wechseln. Contraindicirt sind solche, wenn trotz hoher Temperatur in ano die Haut der Extremitäten sich kalt anfühlt, hier helfen nur energische Hautreize, die oft geradezu lebensrettend wirken: warme Bäder von  $28^{\circ}$  R. mit mehrfachen Kaltwasserübergiessungen, zum Schluss eine solche und energische Abtrocknung mit einem rauhen Tuche, darauf Einschlagen in eine wollene Decke.

Bei Erwachsenen sind Priessnitz'sche Umschläge zu mühsam; hier sind Bäder von 26° R. und Abreiben mit einem rauhen Tuche am besten. Autor warnt ferner vor Alkoholdarreichung und Ordination von Liq. Ammon. anis. Beide regen nur momentan an, es folgt dann aber Erschlaffung. Man kann P. ganz gut ohne Alkohol behandeln, die Erkrankung verläuft günstiger, als bei Darreichung. Ebenso ist es mit Liq. Ammon. anis., das auch zum Husten reizt. Diese Erschütterung und Dehnung des Lungengewebes kann nur ungünstig wirken, die Lunge muss Ruhe haben, wie jedes andere entzündete Organ. Das Mittel ist höchstens indicirt, wenn eine zu reichliche Schleimabsonderung die Luftröhren verstopft. Endlich ist es ein Fehler, Digitalis erst zu einer Zeit zu geben, wo die Herzthätigkeit beginnt nachzulassen. Autor ordinirt Digitalis vom 1. Tage der Erkrankung ab in mässigen Dosen (0,5—0,75 : 200,0) und sucht so das Herz auf die Krisis vorzubereiten und zu kräftigen.

(Die ärztl. Praxis 1903 No. 10.)

**Psoriasis.** Eine neue Salbencomposition empfiehlt Dr. Dreuw (Hamburg, Unna's Klinik), da sich dieselbe auch in Fällen, die lange Zeit ohne Erfolg behandelt worden waren, namentlich bei den sogen. Resten der P. bestens bewährt hat.

Rp. Acid. salicyl. 10,0  
 Chrysarobin.  
 Ol. Rusc. nov. aa 20,0  
 Sapon. virid.  
 Vaseline. aa 25,0

Diese Salbe entfaltet zu gleicher Zeit keratolytische, lepismatische und specifisch-antipsoriatische Wirkung, und zwar infolge der starken Dosirung in hohem Grade. Sie leistete gute Dienste:

1. bei vereinzelt, isolirten, stark verdickten Herden;
2. um die letzten, manchmal jahrelang bestehenden Reste von P. zu entfernen.

Man überpinselt Morgens und Abends die einzelnen Plaques mit einem Borstenpinsel etwa 3—4 Tage lang. Es bildet sich eine schwarze Schicht über dem Herd, die sich dadurch lockert, dass man den Herd mit Pasta Zinc. sulfurata dick überstreicht (3 mal täglich) und dann mit grüner Seife oder Benzinwatte die Stelle reinigt. Auf der gesunden Haut der Umgebung bleibt dann die schwarze Schicht kleben, während die kranken Stellen bald abschilfern und durch Fortsetzung dieser Cur zur Heilung kommen.

Etwa entstehende Reizung und Schmerzhaftigkeit wird dadurch beseitigt, dass man die Umgebung des bereits mit Salbe bestrichenen Psoriasisherdes mit Zinkleim überzieht, event. auch den Herd selbst; Zinkschwefelpaste mildert auch den Schmerz und löst zu gleicher Zeit das Salbenhäutchen. Ein grosser Vortheil dieser Behandlungsmethode ist der, dass nach dem Eintrocknen sich ein leichtes Häutchen bildet, die Salbe also streng localisirt angewendet werden kann, namentlich wenn man dieselbe  $\frac{1}{4}$  Stunde eintrocknen lässt. Psoriatische Stellen im Gesicht werden so behandelt, dass dieselben genau mit der Salbe eingepinselt und die Umgebung mit Zinkleim bestrichen werden. Darüber legt man dann ein mit Zinkleim bestrichenes Stück Billrothbattist, resp. Guttaperchapapier. Diese Prozedur wird alle 2 Tage erneuert. Bestehen nur einzelne Plaques am Körper oder den Extremitäten oder einige Reste früherer P., so wendet man letztere Methode auch am besten an, namentlich in der ambulatorischen Praxis, jedoch muss die Salbe mindestens täglich erneuert werden. Die Reinigung psoriatischer Stellen geschieht nach der Einwirkung von Pasta Zinc. sulfurat. oder Vaseline oder Zinkleim am besten mit einem Benzinwattebausch.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1903 Bd. 36 Nr. 9.)

**Tuberculose.** Seit längerer Zeit verordnet Dr. Hamm (Braunschweig) **Lippspringer Arminiusbrunnen bei Kehlkopftuberculose** und erzielt damit so erstaunliche Besserungen, dass er fast von jeder anderen Therapie absieht, ausgenommen gelegentliches Inhaliren von Perubalsam. Auf Grund dieser so einfachen Therapie hat sich des Autors Ansicht über die Prognose der Larynxphthise völlig geändert, er hält jetzt letztere stets für heilbar, sofern die Lungenerkrankung still steht oder zur Heilung neigt. Worauf die Wirkung des Brunnens beruht, vermag Autor nicht zu sagen. Den Heilungsprocess selbst kann man im Spiegelbild genau verfolgen; wenn man sieht, wie tuberculöse Tumoren spurlos verschwinden, tiefe Geschwüre glatt ausheilen mit grosser Schnelligkeit und nach Gebrauch gar nicht grosser Quantitäten Brunnen, dann muss man doch wohl eine gewisse specifische Wirkung annehmen, einerlei welchem Bestandtheil des Mineralbrunnens dieselbe zuzuschreiben ist. Wenn Lippspringer Aerzte mittheilen, dass dort Besserungen oft überraschend schnell eintreten, so ist daran nicht zu rütteln; wenn man die Erfolge sieht bei der Kehlkopftuberculose von Pat., die den Brunnen

zu Hause trinken, ohne ihre Beschäftigung zu unterbrechen, so erscheint diese schnelle Heilung in 4—6 Wochen als durchaus möglich. Der Brunnen beeinflusst auch die Schleimhaut der Trachea und der Bronchien, sowie die Lungenerkrankung aufs Günstigste. Im Kehlkopf macht er eine locale Behandlung überflüssig, was für den Praktiker sehr angenehm ist. Er zeichnet sich endlich durch Billigkeit aus.

(Die ärztl. Praxis 1903 No. 7.)

- Seine klinischen Erfahrungen mit **Néo-Arsycodile** veröffentlicht Dr. K. Fuchs (k. k. allgem. Krankenhaus, Wien). Das kakodylsaure Natron hat sich schon mannigfach bewährt. Eine diesem Salze analoge organische Arsenverbindung ist das Néo-Arsycodile, das Autor per os in Form von Pillen anwandte (1 Stück, später 2 à 0,025), wo es von Seiten des Verdauungstractes fast nie Nebenerscheinungen hervorrief, und subcutan (0,05 pro die, 8 Tage lang täglich eine Injection, dann 8 Tage Pause u. s. w.), wo auch nie üble Folgeerscheinungen sich zeigten. So wurden 12 Pat. behandelt, darunter 10 Phthisiker. Schon nach wenigen Tagen kehrte der Appetit zur Norm zurück oder besserte sich zusehends, das Allgemeinbefinden und Körpergewicht hoben sich infolgedessen (Zunahmen um 2—5 kg innerhalb einiger Wochen), die Nachtschweisse wurden recht günstig beeinflusst; Einwirkung auf Haemoptoe war nicht zu constatiren, weder in günstigem, noch in ungünstigem Sinne; das Fieber aber ging zurück, doch war diese Wirkung oft nur eine temporäre; der Hustenreiz verschwand, der Husten wurde spärlicher, die Expectoration leichter; auch local schien der Befund oft besser zu werden, ein Stillstand des Processes wenigstens einzutreten. In 2 Fällen von *Diabetes* wurde Besserung des Allgemeinbefindens, des Schwächezustandes, des Hunger- und Durstgefühls constatirt, der Zuckergehalt sank.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 17.)

- **Kreosot** verordnet Dr. O. Burwinkel (Nauheim) bei T. seit 15 Jahren, und er ist ein grosser Anhänger dieser Therapie geworden, bei der er vorzügliche Resultate gesehen hat. Seit 7 Jahren ordinirt er nur noch die Krewel'schen *Sanguinalpillen mit 0,1 Kreosot*, die viel besser vertragen werden, als andere Kreosotverbindungen und viel lieber genommen werden. Anfangs wird nur je 1 Pille nach der Mittags- und Abendmahlzeit gegeben, bald aber mit der Dosis gestiegen, bis 3 mal täglich je 4—5—6 Pillen

gereicht werden, welche hohe Dosen gleichfalls ohne Schaden toleriert werden. Nie sah Autor Albuminurie, auch wenn die Pat. in 3—4 Monaten 100 g Kreosot verbrauchten. Ebenso traten nie Digestionsstörungen auf.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1908 No. 18.)

- Einen **Beitrag zur Therapie der Lungentuberculose** liefert Dr. Hans Fischer (München). Derselbe behandelte 30 Fälle mit *Sirolin* (3mal tägl. 1 Esslöffel). Stets hob sich Appetit und Körpergewicht rasch, und auch sonst war die Wirkung derjenigen der Kreosotpräparate mindestens gleich, wobei jede unangenehme Nebenwirkung fehlte. *Sirolin* bedeutet einen Fortschritt in der medamentösen Tuberculose-Therapie.

(Reichs-Medicinal-Anzeiger 1908 No. 3 u. 4.)

- Eine **Peritonitis tuberculosa traumatica mit Ileus** beobachtete Dr. R. Lücke (Krankenhaus Moabit in Berlin). Die Litteratur bringt sehr wenig über durch Trauma veranlasste T. der serösen Häute: 3 Fälle, wo die Pleura primär afficirt erschien, nur einen Fall von T. des Pericards, keinen von traumatischer Peritonealtuberculose. Der von Lücke beobachtete Fall ist durch Inspection in vivo und post mortem klargestellt. Der 12jähr. Knabe fiel beim Schlittschuhlaufen auf den Rücken, sein Genosse ihm, stolpernd, quer über den Leib, also — heftiger Stoss gegen den Leib. Sofort empfand der Verunglückte starke Leibesmerzen und erkrankte ganz acut unter den Zeichen eines schweren Unterleibsleidens, unter denen Ileuserscheinungen besonders hervortraten. Die 15 Tage nach dem Unfall an dem schon stark heruntergekommenen Pat. vorgenommene Laparotomie enthüllte eine diffuse tuberculöse Peritonitis, die Section daneben eine Scrophulose mit käsiger Entartung besonders der mesenterialen und mediastinalen Lymphdrüsen. Sicher hatte hier das Trauma die Ursache der Infection der Bauchhöhle mit den in den verkästen Mesenterialdrüsen lagernden virulenten Tuberkelbacillen abgegeben. Der Zustand des Peritoneums bei der Operation stimmte ziemlich genau mit den Angaben Baumgarten's überein, welcher experimentell feststellte, dass die Entwicklung des Tuberkelknötchens bereits 3—4 Tage nach der Invasion beginnt, dass am 10.—11. Tage schon deutliche Entzündungserscheinungen vorhanden sind, und am 12. bereits völlig ausgebildete Tuberkel. Die Operation war am 15. Tage nach dem Unfall, man könnte also hier

mit ziemlicher Genauigkeit allein aus dem Befunde bei der Operation den Zusammenhang der Erkrankung mit dem Trauma nachweisen. Im Beginn der Erkrankung musste man nach allen Erscheinungen zuerst an einen traumatischen Ileus denken, der ja nicht so selten ist. Weiter wurde an pathologische Veränderungen des Appendix gedacht, welche durch das Trauma angefaßt, Ursache der dargebotenen Erscheinungen sein konnten. An complicirende T. des Bauchfells liess die völlig fehlende Peristaltik denken, welche gerade bei Bauchfelltuberculose oft angetroffen wird, ferner der rapide Kräfteverfall und die starke Abmagerung, welche den verhältnissmässig nicht sehr hochgradigen Ileussympptomen in ihrer Intensität nicht entsprachen, endlich die geringe Druckempfindlichkeit des Leibes. Letztere war auch differentialdiagnostisch gegen einfache nicht tuberculöse Peritonitis zu verwerthen, wie sie nach Trauma von Hensch (Tritt gegen die Lende) und Kleist (12jähr. Knabe nach Sturz auf dem Eise) beschrieben sind. Gegen T. sprach die Anamnese und der negative Befund der übrigen Organe, nicht aber die Fieberlosigkeit, die bei Bauchfelltuberculose mehrfach beobachtet worden ist.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 18.)

### **Tumoren.** Ueber eine **Hirngeschwulst infolge von Unfall**

macht Dr. W. Friedeberg (Magdeburg) Mittheilung. Am 25. III. 1901 consultirte ihn ein 47jähr. Tischler wegen zeitweilig auftretender Kopfschmerzen, die bisweilen von leichtem Flimmern vor den Augen begleitet waren. Pat., bis dahin gesund gewesen, kein Potator, keine Infectionen, keine erbliche Belastung. Frage, ob Augenkrankung oder Kopfverletzung vorausgegangen, wurde negirt. Da kein wesentlicher objectiver Befund, Verordnung symptomatisch wirkender Maassnahmen. Pat. erschien am 21. V. wieder, klagend, dass der Kopfschmerz jetzt heftiger und häufiger auftrete, das Flimmern vor den Augen behindere erheblich bei der Arbeit und beim Lesen, auch habe der Geruchsin in letzter Zeit bedeutend an Schärfe nachgelassen. Kräftiger Mann mit gesunden inneren Organen, normalem Puls, Harn, Temperatur. An den Schädelknochen keine Veränderung sicht- oder fühlbar. Beklopfung des Kopfes nur oberhalb der Augenbrauen schmerzhaft. Keine Sprach- oder Gedächtnisstörung. Pupillen mittelweit, von gleicher Grösse, reagiren normal auf Lichteinfall. Augenbefund: Beiderseits Stauungspapille. Schwellung der Papille von 3—4 Dioptrieen (1 mm).

30\*

Stark verwaschene Grenzen. Venen stark geschlängelt und erweitert, Arterien verengt. Sehschärfe rechts E. S. = 0,5, links E. S. = 0,6. Geruchssinn erheblich herabgesetzt, ebenso Geschmackssinn. Gehör normal, ebenso Hautsensibilität und Hautreflexe. Patellarreflexe mässig stark. Rohe Kraft der Muskeln nicht herabgesetzt. Keine Atrophie. Gang mit offenen wie geschlossenen Augen etwas unsicher, jedoch nicht schwankend. Elektrische Erregbarkeit der Muskeln normal. Diagnose: Tumor cerebri. Ordination: Kal. jodat. Der Zustand verschlechterte sich allmählich, besonders nahm die Sehfähigkeit ab, auch traten oft Schwindelanfälle auf. Am 7. VII. musste Pat. seine Arbeit aufgeben und wurde dem Krankenhaus überwiesen, wo folgender Status aufgenommen wurde: Kräftiger Mann in gutem Ernährungszustande. Innere Organe normal. Patellarreflexe etwas träge. Kein Fussclonus, kein Romberg. Sehschärfe stark herabgesetzt, mittlerer Zeitungsdruck wird mit dem linken Auge in 25 cm Entfernung gelesen, mit dem rechten auch in geringerer Entfernung nicht erkannt, Pupillen ziemlich eng, reagiren auf Lichteinfall; Stauungspapille besonders rechts deutlich, Gefässe scharf contourirt. Keine Sprachstörung gröberer Art; bei langen, schwierigen Worten hier und da 2maliges Ansetzen. Keine Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. Austrittsstellen der Trigeminiäste alle etwas druckempfindlich. Totale Anosmie. Geschmack für „Bitter“ und „Sauer“ stark herabgesetzt. Temperatur, Urin normal. Auf Wunsch Entlassung am 17. VII., worauf Pat. wieder vom Autor selbst beobachtet wird. Das Leiden machte langsame, jedoch stetige Fortschritte. Auf nochmaliges Befragen nach einer vorausgegangenen Kopfverletzung erinnern sich Pat. und seine Familie, dass ihm Januar 1901 ein mittelgrosser Schrank auf den Kopf fiel, denselben jedoch nicht mit voller Wucht traf. Pat. wurde sofort schwindlig, erholte sich aber bald und hatte nur noch am folgenden Tage Kopfschmerz. Zeugen bestätigten Alles, der Unfall passirte am 29. I. 1901. Er wurde jetzt sofort als solcher gemeldet. Im November 1901 trat bei dem Pat. völlige Amaurose ein. Gehen und Stehen waren wegen heftigen Schwankens des Körpers nicht mehr möglich. Häufig starkes Erbrechen, unabhängig von der Nahrungsaufnahme. Sprache scandirend und schwerfällig. Gedächtniss blieb lange Zeit gut erhalten. Apoplektische Anfälle mit Paresen. Exitus am 14. V. 1902. Es fand sich ein mittelapfelgrosses Gliosarkom, das den grössten Theil des rechten Stirnlappens einnahm. Das Gutachten der behan-

delnden Aerzte lautete übereinstimmend, dass das Gehirnleiden als Folge jenes Traumas anzusehen sei, und die Berufsgenossenschaft erkannte dies an. — Erwähnenswerth erscheint, dass Pat. erst spät und nach langem Fragen sich des Unfalls erinnerte, was kaum auf Gedächtnisschwäche beruhte, sondern darauf, dass die geringfügigen Symptome, welche dem Unfälle unmittelbar folgten, vom Pat. eben nicht mit den weit später auftretenden schweren Erscheinungen in Beziehung gebracht wurden. Es lehrt dieser Fall, wie nöthig es für den Arzt sein kann, bei Gehirnleiden nach einem Trauma zu forschen und durch anfängliche ungenügende Auskunft, sowie durch negativen äusseren Befund sich nicht beirren zu lassen; ausserdem lehrt er, wie vorsichtig anscheinend unbedeutende Frühsymptome auch bei leichteren Schädelverletzungen bezüglich der Prognose zu beurtheilen sind.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1903 No. 15.)

- Einen **Beitrag zur Aetiologie des Oesophaguscarcinoms** liefert Dr. Paul Wolf (Pathol. Institut des Stadtkrankenhauses Dresden). Derselbe fand bei 3 Fällen von Oesophaguscarcinom auf dem Sectionstische gleichzeitig schwere *Spondylitis deformans* und nimmt einen hiervon ausgehenden chronischen Reiz als aetiologisches Moment für die Entwicklung der Carcinome an, indem dieser Reiz sich beim Schlingacte jedesmal auf die Wand der Speiseröhre hin geltend macht.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 18.)

- Gegen die **heftigen Schmerzen bei Magencarcinom** soll man, ehe man zu subcutanen Morphinumjectionen greift, erst eine der beiden folgenden Mixturen versuchen, von denen man stündlich einen Kaffeelöffel bis zum Nachlass der Schmerzen giebt:

Rp. Cocain. hydrochloric.  
Codein aa 0,05  
Aq. Calc. 150,0

Rp. Bismuth. subnitr. 4,0  
Acid. carbolic. gtt. XV  
Aq. dest. 120,0

(Journ. des Practiciens 1903 No. 9. — Therap. Monatshefte 1903 No. 5.)

**Ulcus molle.** **Tinct. Jodi** bei U. empfiehlt Dr. Max Kirstein (Berlin). Derselbe betupft damit den Geschwürsgrund mittelst eines watteumwickelten Hölzchens. Nöthigenfalls



wird das Verfahren nach 24 Stunden wiederholt. Für die Weiterbehandlung der nach grösseren Ulcera zurückbleibenden, meist sehr schnell schrumpfenden Granulationsfläche tritt dann die Pulverbehandlung mit Dermatol oder ähnlichen Mitteln ein. Das einfache Mittel hat in 4 Fällen zu überraschend schneller Heilung des U. geführt. Der bedeutendste Vortheil des Verfahrens ist die Schnelligkeit des Heilungsprocesses. Nach Anwendung der Jodtinctur zeigt die Fläche ein feinkörniges Granulationsgewebe, welches schnell schrumpft, indem es die umgebende Haut nach sich zieht, sodass schnelle Verkleinerung der Wundfläche folgt. Ein zweiter Vortheil ist die Bequemlichkeit: Die leichtflüssige Jodtinctur verbreitet sich leicht über den ganzen Geschwürsgrund, und die entstehende Braunfärbung zeigt ohne Weiteres an, ob alle Theile mit dem Mittel in Berührung gekommen sind. Die Application ist kaum schmerzhaft.

(Dermatolog. Centralblatt, April 1903.)

- **Pyoctanin bei phagedaenischem Schanker** empfiehlt Dr. J. Sellei (Budapest). Bei mit starker Eiterung verbundenen, schwer heilenden, sich stark verbreitenden Fällen leistete das Mittel (1 : 200) sehr gute Dienste. Autor begann damit, wenn er sich davon überzeugt hatte, dass die üblichen Verfahren nicht zum Ziele führten. Anfangs wäscht er 2 mal täglich mit schwacher Sublimatlösung ab und taucht ein bohnergrosses Stück Watte, das er mit der Pincette hält, in die Pyoctaninlösung, berührt damit das Ulcus und deckt es mit Watte zu. Nach 3—4tägigem Gebrauche verwendet er dann Jodoform. bituminat.-Salbe (2,0 : 20,0) und kehrt dann wieder zum Pyoctanin zurück; 1—2 mal wöchentlich ist eine Aetzung mit 10—20%igem Arg. nitr. erforderlich. Nach einer solchen Behandlung kommt es schon am Ende der 2. oder 3. Woche zur Granulationsbildung. Dann wird Pyoctanin jeden 3. Tag angewandt, in der Zwischenzeit Jodoform. bituminat. oder Dermatol, Xeroform u. dgl. Auch beim *Bubo phagedaenic.* ist das Vorgehen ein gleiches.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1903 Bd. 36 No. 9.)

**Variola.** **Thiolum liquid.** bei V. empfiehlt Dr. J. S. Kollbassenko. 1896 hat er *Ichthyol* empfohlen, das er in Salbenform (1 : 5, 1 : 8 etc.) sowohl auf die bereits entwickelten, wie auch auf die erst in Entwicklung begriffenen Pusteln applicirt hatte. Bei frühzeitiger Anwendung kam es weder zu lästigem Jucken an den erkrankten Stellen,

noch zur Eiterung mit secundärem Fieber, bei verspäteter Anwendung wurde die Eiterung in auffälliger Weise herabgesetzt. Die Abstossung der Borken ging rasch vor sich, fast ohne Narben zurückzulassen. Prof. Finsen hat bekanntlich ebensolche Erfolge erzielt durch Behandlung mit rothem Licht, das keine chemischen Strahlen enthält. Kolbassenko hat die Beobachtung gemacht, dass die Eruption der Pockenpusteln und deren Zusammenfliessen zu einer diffusen Pockenborke bei der V. confluens stets an denjenigen Theilen des menschlichen Körpers am intensivsten vor sich geht, die der Einwirkung des Tageslichts zugänglich sind, Gesicht, Hals u. s. w. Diese Wechselbeziehung zwischen Pockeneruption und Zugänglichkeit des Tageslichts hat die Volksmedizin seit jeher gekannt, und Naturvölker stecken die Pat. einfach in einen verdunkelten Raum. Früher glaubte Autor, dass die specifische Wirkung des Ichthyols auf V. von den vasoconstrictorischen, schmerzstillenden und desinficirenden Eigenschaften dieses Mittels abhängt. Jetzt glaubt er, dass, wenn auch diese Eigenschaften mitwirken dürften, der Haupteffect doch wohl durch die schwarze Farbe des Mittels bedingt ist. Die schwarze Farbe absorbirt nicht nur die chemischen Strahlen des Tageslichts, worauf das Princip der Finsen'schen Methode beruht, sondern sämtliche Lichtstrahlen überhaupt. Wahrscheinlich ist der Pockenerreger in einem gewissen Stadium seiner Entwicklung der Lichtwirkung benöthigt, hauptsächlich der chemischen Strahlen des Spectrums, und wenn das rothe Licht, wenn das Ichthyol diese wegnimmt, so wirkt das verderblich auf die Pockenerreger. Das Ichthyol kann aber zweckmässig ersetzt werden durch das Thiol. liquid., das weit billiger ist und besser auf den erkrankten Hautparthieen haftet. (Die Heilkunde 1903 No. 5.)

**Vitia cordis.** Theocin hat auch Dr. R. Streit (k. k. Kaiserin Elisabethspital Wien) erfolgreich benützt. Auf Grund seiner Erfahrungen stellt er folgende Sätze auf:

1. Das Theocin zeigt in Gaben von 4 mal täglich 0,2 oder 3 mal tägl. 0,25 eine ausgesprochen diuretische Wirkung.
2. Diese Wirkung hält höchstens 2—3 Tage nach dem Aussetzen des Mittels an, tritt aber sofort wieder ein, wenn man Theocin neuerdings verabreicht.
3. Die diuretische Wirkung zeigt sich stets bei Oligurie cardialen Ursprungs.

4. Sie zeigt sich gewöhnlich bei chronischen Nierenaffectionen, fehlt dagegen meist bei acuter Nephritis.
5. In Fällen von Exsudaten des Rippenfell- oder Bauchfellraumes tritt in einer Reihe von Fällen deutliche Wirkung ein, in anderen fehlt sie.
6. Bei gesunden Menschen und bei Kranken ohne Hydrops tritt manchmal die harntreibende Wirkung ein, manchmal fehlt sie.
7. Zur Vermeidung von zuweilen auftretenden unangenehmen Magensymptomen empfiehlt sich die Darreichung nur in Lösung, nur nach den Mahlzeiten und vor allem nur in kleinen Dosen. Als bequeme Dispensationsform wären ferner die von F. Bayer & Co. in den Handel gebrachten Theocintabletten à 0,25 und à 0,1 zu empfehlen.
8. Bei leicht erregbaren Pat., bei hysterischen Frauen, empfiehlt sich die Combination von Theocin mit Hedonal (Dreser), mit Inf. Adonid. vern. (Schlesinger), mit Paraldehyd (v. Schröder).

(Die Heilkunde 1903 No. 4.)

— Die diuretische Wirkung des **Theocin** erprobte auch Dr. O. Stross (k. k. Allgem. Krankenhaus in Wien) bei ca. 50 Fällen, vorzugsweise V. und chron. Nephritiden, und die Dosen schwankten zwischen 0,6—0,9 g pro die, auf 2 bis 3 mal vertheilt. Abgesehen von geringen Ausnahmen wirkte es stets prompt, selbst da oft, wo andere Diuretica im Stich gelassen. Freilich traten in einer Reihe von Fällen unangenehme Nebenerscheinungen auf: Uebelkeit, Erbrechen, Unruhe, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit. Man machte dann die Erfahrung, dass diese Beschwerden am besten vermieden wurden, wenn das Mittel Vormittags, event. die letzte Dosis Mittags gegeben wurde, nach dem Mittagessen (Theocin darf nie auf nüchternen Magen gegeben werden!). In den meisten Fällen, wo das Mittel als solches nicht vertragen wurde, gab man es in Combination mit Hedonal (0,5), Morphin oder Opium-Belladonna, wobei häufig ein Besserwerden und Schwinden der Nebenerscheinungen constatirt wurde. Am zweckentsprechendsten erschien es, 0,5 g Hedonal mit der letzten Theocindosis zu geben, event. Abends ein 2. Pulver von gleicher Dosis. In letzter Zeit bewährte sich folgende Combination, bei der das Präparat bis zu 10 Tagen hintereinander gegeben werden konnte, ohne dass die geringste Störung sich geltend machte:

Rp. Theocin. 0,25—0,3  
Extr. Bellad. 0,005—0,01  
S. 2—3 mal tägl. 1 Pulver.

Bei dieser Combination trat nicht nur reichliche Diurese, sondern auch ausgiebige Darmentleerung ein, wodurch die Flüssigkeitsabfuhr wesentlich erhöht wurde.

(Wiener klin. Rundschau 1903 No. 20.)

## Vermischtes.

- Ueber **Epitholgold und Epitholsilber in der Chirurgie und Dermatologie** macht Dr. Artur Strauss (Barmen) Mittheilung. Prof. Hoffmann (Stuttgart) führte neuerdings zuerst diese aseptischen Metallpulver als Wundheilmittel in die veterinäre Chirurgie ein. Diese Metallpulver werden aus den Abfällen der Metallschlägereien oder aus den Rohproducten selbst hergestellt. Die dünnen Metallblätter werden in dicht schliessenden Kästen so lange gestampft, bis ein mässig feiner Metallstaub, Brokat genannt, gewonnen ist. Im rotirenden Cylinder der sogen. Steigmühlen wird der Brokat sodann verstäubt. Der Staub setzt sich nun, entsprechend seiner Feinheit, höher oder tiefer ab. Die weniger feinen Bronzen gelangen in die Polirmühlen. Die feinen dagegen werden mit Gummilösung befeuchtet, zwischen granitenen Walzen geglättet und wieder durch Wasser vom Gummi befreit. So werden die sogen. Brillantbronzen gewonnen. Die Gold- und Silberbroncepulver Hoffmanns nun bestehen aus verschiedenen Legirungen der beiden Metalle Kupfer und Zinn; es sind aseptische Pulver, käuflich als „Epithol“ (Apotheker Gramm, Stuttgart); Epitholgold hat gelbbraunliche Farbe mit Gold-, Epitholsilber weissgraue mit Silberglanz. Die Pulver sind ausserordentlich fein, lassen sich aufgestreut leicht wegblasen, haften dagegen fest an, wenn man sie aufreibt, festdrückt (Spatel) und stellen dann eine spiegelglatte Fläche mit prachtvollem Gold- oder Silberglanze dar. Hoffmann benützte diese Pulver nun hauptsächlich als Deckmittel auf frische, trockene, aseptische genähte Wunden und zur Behandlung von gereizten Hautstellen und Oberflächendefecten. Bei Wunden führten sie tadellosen aseptischen Heilverlauf herbei, was wohl haupt-

sächlich ihrer hervorragenden Deck- und Adhäsionskraft zu verdanken ist, in welcher Hinsicht sie von keinem anderen Wundmittel erreicht werden. Strauss wandte sie nun auch beim Menschen an, zunächst als *Wundheilmittel*. Für die Prüfung ihrer aseptischen Eigenschaften erschienen besonders operirte Phimosen bei Kindern und Erwachsenen geeignet; denn gerade nach dieser Operation hat man so oft mit einer Störung des Wundverlaufes durch Urin. Smegma etc. zu rechnen. Es hat sich nun bei einer grossen Zahl von Fällen gezeigt, dass das Epithol (Autor benützte meist Gold) einen viel sichereren Wundverlauf gewährleistet, als die meisten Antiseptica. Wenn man es mit dem Pulverbläser in nicht zu dicker Schicht aufträgt, deckt es die Wunde mit spiegelglatter Fläche und haftet vorzüglich. Der sichere physikalische Abschluss dieses Pulvers nach aussen, ihre Reizlosigkeit, Deck- und Adhäsionskraft legte es nahe, sie auch bei Hautaffectionen heranzuziehen, namentlich durch äussere Reize hervorgerufenen, bei denen es vor allem nothwendig ist, die immer wieder einwirkenden schädlichen Einflüsse fernzuhalten! Als passendste Anwendungsform ergab sich diejenige als Firniss, besonders ein aus Collodium unter Zusatz von Campher (4 %) bereiteter:

Rp. Camphor. 2,0  
Epithol (Gold) 10,0  
Collod. ad 50,0.

Er ist ölig, riecht kaum, trocknet schnell, bildet eine geschmeidige, gut haftende Decke. Theurer, aber noch flüssiger, noch rascher eintrocknend, ebenfalls sich fest anschmiegend, ist der Traumaticinfirniss:

Rp. Epithol (Silber) 10,0  
Traumaticin. ad 50,0.

Ein dankbares Gebiet hierfür bilden die *Gewerbeerkrankungen an Händen und Armen*, namentlich die trockenen, glatten, oft schwierigen Verdickungen der Epidermis mit Rhagadenbildung, sowie die Erkrankungen der Nägel mit Trockenheit, Brüchigkeit, Rissigkeit. Hier stellen die Firnisse ausgezeichnete Schutzdecken und Heilmittel dar. In die Rhagaden kann man vor Aufpinselung des Firnisses reines Epithol streuen. Mit ihren vergoldeten und versilberten Händen können die Pat. in Wasser, Laugen, Säuren etc. meist ohne Schmerz arbeiten, 1maliges Nachpinseln täglich genügt, die Haut vor neuen Reizen zu schützen und die Rhagaden zur Heilung zu bringen. Aus-

gesprochene ekzematöse Prozesse und Dermatitis, besonders mit Pustelbildung und Nässen, die sind allerdings nicht mit solchen wasserunlöslichen Firnissen zu behandeln; zur Nachbehandlung aber in diesen Fällen und als prophylaktische Mittel verdienen sie hier den weitgehendsten Gebrauch. Ferner sah Autor gute Erfolge nach Epilation bei der oberflächlichen Bartflechte, *Folliculitis barbae*. Zur Bedeckung grösserer Hautstellen, ferner auf solcher Haut, die unlösliche Firnisse nicht verträgt, insbesondere bei Arbeiten, bei welchen kein Wasser in Betracht kommt, eignet sich ein *wasserlöslicher* Firniss aus etwa gleichen Theilen Dextrin und Wasser oder Gummi arab. und Wasser mit Zusatz von 10—30% Epithol. Beide Firnisse, von denen der mit Dextrin besonders zu empfehlen ist, bilden eine schöne, glatte, juckreizlindernde Decke und können auch auf nässenden Stellen verwendet werden; sie bröckeln allerdings leichter ab, als die wasserunlöslichen, aber wenn man den Firniss aufstreicht und dann eine dünne Schicht Watte auflegt, so erhält man eine fest austrocknende, selbst in den Gelenkbeugen gut haftende Decke. Dieser Firniss mit Watteeinlage passt auch z. B. für im Gesicht und sonstwo localisirte *Ekzeme* der Kinder, er verhindert das Kratzen und Scheuern, und die gereizte Haut kommt zur Ruhe. Man verschreibt also:

Rp. Epitholgold 5,0—10,0  
 Dextrin 10,0—15,0  
 Aq. dest. ad 30,0

Es lassen sich auch Zinc. oxyd. (10%) und andere Heilmittel zusetzen. Autor hat den löslichen und unlöslichen Firniss mit Vortheil auch zur Behandlung des Halses und Nackens bei Neigung zur *Furunculose* in Anwendung gebracht, den löslichen als vorzügliche Schutzdecke bei *Herpes Zoster*. Epithol ist auch in der Kassenpraxis zu verwenden, 100 g kosten nur 3 Mk. (100 g Jodoform 4 Mk., Dermatol Mk. 4,50, Airol 7, Mk., Europhen 22 Mk.).

(Klinisch-therap. Rundschau 1903 No. 16.)

— **Kann in dem Zusatz von schwefeligsaurem Natrium zu gehacktem Rindfleisch eine Fälschung erblickt werden?**

Um diese Frage zu beantworten, führten Dr A. Kraus und Dr H. Schmidt (Berlin) genaue Untersuchungen aus, auf Grund deren sie zu folgenden Schlüssen gelangen:

1. Der Zusatz von schwefeligsaurem Natrium zu frischem Hackfleisch täuscht den Käufer, weil der Waare

verliehene Schein nicht der wirklichen Beschaffenheit entspricht und dem Käufer die Möglichkeit genommen wird, sich durch seine Sinne über das Alter des Fleisches zu unterrichten.

2. Der Zusatz von schwefeligsaurem Natrium verleiht altem und verdorbenem Hackfleisch den Anschein der besseren Beschaffenheit und gestattet, verdorbenes Fleisch mit frischem zu vermischen, ohne dass der Käufer in der Lage ist, eine solche Handlungsweise zu erkennen.
3. Der Zusatz von schwefeligsaurem Natrium zum Hackfleisch ist daher in allen Fällen als eine Fälschung im Sinne des Nahrungsmittelgesetzes anzusehen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 12.)

- Versuche mit **Eumydrin**, einem Ersatzmittel des Atropinsulfates, stellte Dr. H. Goldberg (I. Wiener Univers.-Augenklinik) an. Es zeigte sich, dass Eumydrin (= Atropinmethylnitrat, ein weisses, leicht lösliches Pulver) in Lösung von 1 : 100 zu Augenuntersuchungen vor der in der Wirkung am nächsten stehenden Atropinlösung 1 : 1000 den Vorzug hat, eine ausreichende Erweiterung um 5—8 Minuten früher zustande zu bringen, als die Atropinsulfatlösung, und dass ihr Effect gegen das Ende des 2. Tages bereits verschwindet, während die Wirkung des letzteren noch am 4. Tage nachweisbar ist. Vor der Homatropinlösung von gleicher procentischer Concentration hat die Eumydrinlösung 1 : 100 den Vorzug rascherer und ausgiebigerer Wirkung und den gering zu bewerthenden Nachtheil einer um etwa 12 Stunden längeren Dauer der Pupillenbeeinflussung. Die Prüfung der Wirkung des Eumydrins am kranken Auge hat bei der grossen Labilität der Zustände nicht zu sicheren Thatsachen geführt. Die pupillenerweiternde Wirkung schien an Intensität kaum geringer, als die der 1%igen Atropinlösung, dagegen weniger nachhaltig zu sein, Drucksteigerungen oder andersschädigende Wirkungen brachte Eumydrin weder am gesunden, noch am kranken Auge hervor.

(Die Heilkunde 1903 No. 3.)

- Das **Thigenol als Ersatzmittel des Ichthyols** rühmt Dr. James Silberstein (Wien). Er erzielte überraschende Erfolge damit in der *Wund*behandlung. *Monatelang* andauernde *Ulcera cruris*, die jeder Behandlung trotzten, bedeckten sich unter dem Schutze eines Thigenolverbandes nach wenigen Tagen mit gesunden Granulationen. Das *Erysipeloid* der Fleischhauer und Fellarbeiter heilte, mit

reinem Thigenol oder einer Combination desselben mit 2 Theilen Collodium behandelt, rasch ab. Desgleichen *Scabies* bei folgender Behandlung (nach Jacquet): Am Abend Einreibung mit grüner Seife, die man auf der Hand eintrocknen lässt; nach 1 Stunde Bad, dann Thigenol, am nächsten Morgen wieder Bad. Auch beim *Ekzem*, namentlich dem chronischen schuppigen, bewährte sich Thigenol, pur oder in Form von 10—20%iger Salbe oder Paste:

Rp. Thigenol. 10,0  
Vaselin.  
Lanolin aa 20,0  
M. f. ung.

Rp. Thigenol. 4,0  
Zinc. oxyd.  
Amyl. trit. aa 3,0  
Ung. Glyc. q. s. ut f. pasta.

Bei *Acne vulgaris* ist 10%ige Thigenolseife zu empfehlen. Bei chronischen Formen der *Arthritis* bewährte sich Thigenol-salbe mit Watteverband. Intern wandte Autor Thigenol in einem Falle von *Bronchiektasie* an (3 mal tägl. 0,25 in caps. gelat.) und erzielte rasche Abnahme der Secretion. Indicirt erscheint es auch bei Magen- und Darmaffectionen, in gewissen Fällen von *Chlorose*; 2 chlorotische Mädchen, welche auf Eisen absolut nicht reagierten, erhielten:

Rp. Thigenol. 10,0  
Aq. Menth. pip. 20,0  
S. 3 × tägl. 30 Tropfen.

Sehr befriedigendes Resultat: rasches Steigen des Haemoglobingehaltes des Blutes neben Zunahme des Körpergewichtes.

(Aerztl. Central-Ztg. Wien, 1903 No. 3.)

— **Weitere Mittheilungen über die Anwendung und Wirkung des Jodipins** macht Dr. Ed. Hönigsschmied (Weistrach). Er erzielte z. B. äusserst günstige Erfolge bei *Impetigo faciei*. So erhielt ein 4 Monate altes Kind innerlich täglich 1 Kinderlöffel voll 10%igen Jodipins, worauf schon nach 8 Tagen bedeutende Besserung, nach 14 Tagen Heilung eintrat. Nie traten Recidive ein, zumeist waren 100 g Jodipin (10%) zur Heilung ausreichend. Jodipin bewährte sich bei *Lues hereditaria* bestens, desgleichen bei den *scrophulösen* Erkrankungen der Drüsen, Augen etc., wo auch mitunter Jodipin subcutan injicirt wurde (25%). Sehr selten kamen



Recidive zur Beobachtung. So bei einem 13jähr. Mädchen mit scrophulöser Augen- und Nasenerkrankung; auf 30 Injectionen à 15 g 25%igen Jodipins war Pat. hergestellt; als sich später ein Recidiv einstellte, bekam es intern 250 g 10%iges Jodipin und wurde hergestellt. Auch bei *Ekzem* leistete Jodipin die besten Dienste. Es waren mit chronischem Ekzem behaftete Erwachsene, die täglich 1 Esslöffel Jodipin (10%) erhielten, extern 10%ige Thigenol-Bismuthsalbe. Von *Neuralgien* kamen hauptsächlich Ischias und Intercostal-neuralgie in Betracht. Bei letzterer genügte stets eine 1 malige Injection von 15 g Jodipin (25%), um nach einigen Tagen Heilung herbeizuführen, wenn auch alle anderen Mittel im Stich liessen. Auch bei Ischias liess Jodipin nie im Stich. Endlich wirkte auf *Lungenemphysem* Jodipin sehr günstig ein; Dauererfolge waren natürlich hier nicht zu erzielen, doch traten auf 200—250 g Jodipin stets längere Zeit andauernde Besserungen ein.

(Aerztliche Rundschau 1903 No. 19.)

- Als **Ersatz für das englische Pflaster** empfiehlt Dr. M. Eber-son (Tarnow) das *Ichthyol-Pflaster* (angefertigt von der Ichthyol-Gesellschaft in Hamburg), ein hübsch auf hautfarbenen Seidentaffet aufgestrichenes Ichthyol-Klebmittel, das ziemlich wasserbeständig ist, d. h. nach mehrmaligem Waschen in Seifenwasser zwar seine Taffetdecke verliert, solche aber als dünnes Häutchen haften bleibt. Autor be-nützt das geruchlose Pflästerchen seit ca. 8 Jahren bei Schunden, kleinen Wunden, Acnepusteln etc. mit sehr gutem Erfolge, auch als Abgrenzungspflaster bei Erysipel (als 3 cm breiten Streifen) und zum Verkleben kleiner ge-nähter Wunden.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 4.)

## Bücherschau.

- Wieviel die moderne Orthopaedie dem „Laien“ Friedrich Hessing zu verdanken hat, welche Erfolge dieser Mann seit mehr als 30 Jahren auf diesem Gebiete errungen hat, das weiss jeder Arzt. Nicht allgemein bekannt aber sind die Einzelheiten seiner Behandlungsmethoden, sind die Mittel, die er

erfand, um der leidenden Menschheit rascher und sicherer, als es oft bis dahin geschehen war, zu helfen: der Leimverband, der Kriegsapparat, der Schienenhülsenapparat, das Stützcorset. Alle diese, die specielle Technik und Behandlungsweisen lernt der Leser in einem Werke kennen, das in Verbindung mit Hessing dessen Assistent Dr. L. Hasslauer herausgegeben hat: **Orthopaedische Therapie** heisst das Buch (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin. Preis: Mk. 6), das uns über die schon genannten Verbände und Apparate, über die in der Hessing'schen Anstalt in Göppingen übliche Behandlung der Knochenfracturen, entzündlichen Gelenkerkrankungen, der angeborenen Hüftverrenkung, der Skoliosen u. s. w. in vortrefflicher Weise in Wort und Bild — 72 Illustrationen schmücken das auch sonst splendid ausgestattete Werk — unterrichtet. Jeder Arzt wird dieses Buch von Anfang bis zu Ende mit grossem Interesse lesen, wird mannigfache Anregung erhalten. Wenn der ärztliche Verfasser auch in enthusiastischen Worten allenthalben die Resultate herausstreicht und die Bedeutung seines Meisters immer wieder hervorhebt, so hat man doch den Eindruck, dass es keine Schönfärberei ist und die Darstellung mit möglichster Objectivität geschehen ist. Jedenfalls verdient das Buch gelesen und studirt zu werden.

- Das **Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden**, welches jetzt zu erscheinen beginnt, unter Mitarbeiterschaft bedeutender Autoren herausgegeben von den Professoren A. Eulenburg, W. Kollé und W. Weintraud, soll die bereits erprobten und feststehenden Methoden der Diagnostik dem Praktiker so zur Darstellung bringen, dass er sich rasch zu orientiren vermag. Es wurde daher abgesehen von umfassenden Literaturnachweisen, Controversen, historischen Ueberblicken etc. und nur überall der Kern der Sache klar und kurz zum Ausdruck gebracht, wie es für ein Buch, das wirklich praktischen Zwecken dienen soll, sich gehört. Das complete Werk (Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien und Berlin) soll 2 Bände umfassen, von denen der erste die „methodische Diagnostik“, der zweite die „Untersuchung der einzelnen Organe und Organsysteme“ enthalten wird. Vorläufig liegt die erste Hälfte von Bd. 1 vor (Preis: Mk. 9), deren Inhalt die Darlegung der chemischen mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden bildet, bearbeitet von Blumenthal, Grawitz, Klopstock, Kowarski, Zuelzer, v. Hansemann,

Czaplewski, Friedberger, Kolle, Scholtz und Cowl. Das Buch, das mit zahlreichen, auch mehrfarbigen Abbildungen im Texte und Tafeln geschmückt ist, wird zweifellos dem Praktiker ausgezeichnete Dienste leisten. — Von der im gleichen Verlage erscheinenden **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen** von Prof. Monti liegt Heft 20 vor, worin die *Krankheiten der Neugeborenen* zur Darstellung gelangen. Letztere kann im Grossen und Ganzen als eine durchaus gelungene bezeichnet werden, und schliesst sich dieses Heft (Preis: Mk. 3) würdig seinen Vorgängern an.

- **Die I. Internationale Tuberculose-Conferenz**, die bekanntlich Ende v. J. in Berlin stattfand, hat wichtige Resultate zu Tage gefördert. Die Zusammenstellung des Gesamtmaterials, wie sie Prof. Pannwitz unternommen hat, wird daher sicherlich von der Aertzewelt dankbar begrüsst werden. Das Werk (Verlag von Joh. Ambr. Barth, Leipzig. Preis: Mk. 10) enthält alle Vorträge in der Originalsprache (Deutsch, Französisch oder Englisch) mit vorangeschickten dreisprachigen Leitsätzen, alle Discussionen in der Originalsprache mit angehängten kurzen Auszügen. Die Tuberculose-Frage steht heut auf der Tagesordnung, jeder Arzt soll und muss sich hier auf dem Laufenden halten, will er auf der Höhe der Wissenschaft stehen. Daher sei das Studium des genannten Buches dringend empfohlen.

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: **Dr. E. Graetzer in Sprottau.**

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

N<sup>o</sup> 11.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesamten Fachliteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von *Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.*

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

*August*

*XII. Jahrgang*

*1903.*

**D**ie früher erschienenen elf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

**Einbanddecken** zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

**Agrypnie.** **Therapeutische Erfahrungen mit Veronal** publizirt Dr. M. Rosenfeld (Psychiatr. Klinik Strassburg), nachdem er das Präparat bei ca. 50 Fällen angewandt hat. Die besten Dienste leistete dasselbe bei einfacher A. und bei Hysterikern und Neurasthenikern, die an A. litten. Bei einer Hysterica konnte weder durch Bromkali (3 g), Trional (1 g), Chloral, noch warme Bäder die A. behoben werden; nach 1 g Veronal nach ca.  $\frac{3}{4}$  Stunden tiefer Schlaf, der 10 Stunden anhielt. Tags darauf nach 1 g Veronal wieder vorzüglicher Schlaf. Beim Sistiren des Mittels allerdings wieder A. Später erzielte man mit  $\frac{1}{2}$  g Veronal denselben Erfolg. Solche Fälle wurden mehrfach beobachtet. In 2 Fällen gelang es auch, nachdem einmal durch Veronal (1 g) genügender Schlaf erzielt war, unter langsamer Reducirung der Dosis auf 0,25 g wieder natürlichen Schlaf herzustellen. Gute Erfolge auch

bei neurasthenischen, climacterischen und periodischen Depressionen; Schlaf meist (nach 1 g) in  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  Stunden eintretend und bis zu 11 Stunden dauernd. Bei chron. Alkoholismus und Delirium tremens, bei Katatonie, Dementia paran. etc. Erfolge nicht so constant. Veronal bewirkte einige Male Schwindel, auch Brechneigung, so dass Reduction der Dosis eintreten musste.

(Die Therapie der Gegenwart, April 1903.)

- **Veronal** wandte auch Prof. Schüle (Freiburg i. B.) bei nervöser A. an. Es erzeugte in Dosen von 0,5—0,75 stets ziemlich schnell ausgiebigen Schlaf, ohne je unangenehme Nebenerscheinungen hervorzurufen. Etwas intensiver scheint allerdings Trional (in heisser Flüssigkeit und zusammen mit Natr. bicarb. zu geben!) zu wirken, dann kommt aber an 2. Stelle nach des Autors Erfahrungen das Veronal, das vor den anderen gebräuchlichen Mitteln den Vorzug der Geschmacklosigkeit, Ungefährlichkeit etc. hat und dabei prompt wirkt.

(Therap. Monatshefte 1903, No. 5.)

- **Veronal** wurde in der Medicin. Klinik Würzburg, wie von dort Dr. Poly berichtet, bei 52 Pat. als Schlafmittel benützt bei den verschiedensten internen Affectionen. Im Allgemeinen wurde mit 0,25—0,75 der gewünschte Erfolg erzielt; nur selten stieg man bis 1 g. In der grössten Mehrzahl trat nach  $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$  Stunden fester Schlaf ein und sind Fälle, wo das Mittel bei reiner A. im Stich liess, nicht vorgekommen. Dagegen konnte Autor oft beobachten, dass Patienten, bei denen die A. durch Schmerzen infolge ihres Grundleidens bedingt war, weder länger, noch besser auf Veronal schliefen. Bei geringen Schmerzen (Ulcus ventriculi, Myelitis, Pleuritis, Cystitis etc.) betäubte das Hypnoticum durch den tiefen Schlaf den leichten Schmerz: selbst bei etwas stärkeren Schmerzen wurde noch geringe Verlängerung und Besserung des Schlafes beobachtet, und die vor Schmerzen aufwachenden Pat. schliefen bald wieder ein; handelte es sich aber um heftige Schmerzen, dann versagte das Veronal, wenn es nicht etwa mit Morphin zusammen ordinirt wurde. Wo Veronal längere Zeit gegeben wurde, trat keine Verminderung des Effects ein. Unangenehme Nebenwirkungen fehlten. Auch von Pat. mit Ulcus ventriculi, die noch auf Kost I standen, wurde Veronal gut vertragen. Man kann also Veronal als ein recht wirksames

und unschädliches Hypnoticum bezeichnen, das eine Bereicherung unseres Arzneischatzes darstellt.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 20.)

- **Veronal** wird auch von Dr. A. Lilienfeld (Gross-Lichterfelde) sehr gelobt, der es in seinem Sanatorium in ca. 60 Fällen von A. (wie Neurasthenie, Hysterie, beginnender progressiver Paralyse, organischen Rückenmarksaffectionen, Morphinismus, Herzleiden u. s. w.) anwandte. Nach 0,5 g trat in den meisten Fällen ausgiebiger, 7—9 stündiger Schlaf ein; ja bei leichter A. z. B. schwächerer Frauen ist oft schon 0,3 g genügend. Veronal erwies sich fast als unfehlbares Hypnoticum, dem keines unserer bisherigen Schlafmittel an Sicherheit und Intensität der Wirkung gleichkommt. Dasselbe wird auch, gelöst in 1 Tasse warmen Thees, warmer Milch etc., gern genommen und erzeugt schon nach  $\frac{1}{4}$  Stunde vollkommen ruhigen, von unangenehmen Neben- und Nachwirkungen freien Schlaf, aus dem die Pat. erfrischt erwachen. Auch bei längerer Darreichung fehlt jede Störung, auch tritt keine Gewöhnung ein, keine Abschwächung der Wirkung. Eine Morphinistin erhielt während und nach der Morphiumentziehung 2 Monate hindurch fast jeden Abend Veronal; sie schlief am Ende dieser Zeit noch ebenso vorzüglich danach, wie anfänglich, während sie ohne Schlafmittel und auch nach 1,5 g Trional fast völlig schlaflos war. Speciell bei der so hartnäckigen A. von Morphinisten wirkte Veronal sehr prompt. Veronal stellt sich auch im Preis billiger als die meisten anderen Hypnotica, da 0,5 g nur 17 $\frac{1}{2}$  Pf. kosten. (Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 21.)

- **Veronal** muss auch Dr. W. Berent (städt. Krankenhaus Moabit) als ein Hypnoticum bezeichnen, das sich durch Promptheit der Wirkung und relative Gefahrlosigkeit auszeichnet. Die Erfahrungen erstrecken sich auf über 80 Pat. Mit  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  g Veronal wurden in allen Fällen von nervöser und neurasthenischer A. gute Erfolge erzielt. Auch bei A. infolge leichter körperlicher Beschwerden, Husten, geringer Schmerzen, so bei Bronchitis, Phthisis incipiens, Lumbago etc. waren diese Dosen wirksam. Bei A. infolge acuter Infektionskrankheiten, infolge erheblicherer körperlicher Beschwerden, bei leichteren Erregungszuständen waren erst Gaben von 1—1 $\frac{1}{2}$  g von ausreichender Wirkung. Wo hochgradige Schmerzen oder starke Athemnoth den Grund der A. bildeten, versagte Veronal; hier ist eben nur Morphium am Platze. Schädliche Nebenwirkungen machte Veronal

in den angegebenen Dosen nie, auch nicht bei Pat. mit Herzfehlern oder Nierenleiden; bei Darreichung von  $1\frac{1}{2}$  g wurde allerdings öfters von schwächlichen Pat. über Mattigkeit und leichte Benommenheit am Morgen geklagt, auch schliefen einzelne Pat. noch in den Vormittagsstunden des folgenden Tages; in den allermeisten Fällen fühlten sie sich aber recht frisch und munter. Bei Zuständen starker Unruhe und Erregung (Delirium tremens, Dementia paralytica, hysterische oder epileptische Krämpfe) blieben Dosen von  $1\frac{1}{2}$  g im Allgemeinen erfolglos, erst bei solchen von  $2-3\frac{1}{2}$  g (letztere Dosis nur bei kräftigen Männern!) trat nach etwa 10 Minuten bis 1 Stunde tiefer, 7—11 stündiger Schlaf ein. Bei beginnendem Delirium tremens konnte Autor oft damit vorzügliche Erfolge erzielen, das Delirium mitunter wirklich coupiren. Auch bei diesen hohen Dosen keine schädlichen Nebenwirkungen; nur einige Pat. klagten über Schwindel, Eingenommensein u. dgl. oder schliefen am folgenden Tage noch stundenlang. Dass bei Veronal eine Gewöhnung nicht eintritt, kann Autor nicht zugeben; manchmal war schon nach 1 Woche eine solche zu constatiren.

(Therap. Monatshefte, Juni 1903.)

**Anaemie, Chlorose.** Eine interessante **Psychose bei perniciöser Anaemie** beobachtete Dr. Henry Marcus (Stockholm). Es handelte sich um einen 37 jähr. etwas nervös veranlagten Juristen, der, nachdem er während ein paar Jahren eine Entfettungscur durchgemacht hatte und durch diese erheblich abmagerte und schwach wurde, von einem schweren nervösen Leiden befallen wurde. Zur selben Zeit entwickelte sich eine Bluterkrankung, die zuerst nicht sehr beträchtlich war, aber mehr und mehr zunahm, auf Eisenbehandlung nicht reagierte, aber schliesslich sammt den nervösen Symptomen unter Arsenbehandlung in kurzer Zeit vorüberging. Die nervösen Symptome bestanden theils in Krankheitserscheinungen vom Rückenmark: Zittern und Ataxie der Hände, spastische und ataktische Symptome von den Beinen, etwas herabgesetzte Sensibilität und etwas gesteigerte Patellarreflexe, theils offenbarten sich die nervösen Erscheinungen in einem Gehirnleiden in der Gestalt einer Psychose. Das psychische Leiden äusserte sich zuerst in einer gesteigerten Erregbarkeit und Reizbarkeit. Pat. wurde geschwätzig, machte lange Schreibereien, sinnlose Pläne und Einkäufe, hatte expansive Wahnvorstellungen und wurde etwas incoherent. Im weiteren Verlaufe und im selben Maasse, als die Anaemie zunahm, trat eine

Depression und Herabsetzung der psychischen Fähigkeit unter Denkhemmung, Trägheit und Somnolenz ein. Pat. fing dann bald an zur Einsicht zu kommen, krank und schwach zu sein. Allmählich besserte sich dann unter steigender Arsenbehandlung der Zustand, sodass die Genesung ziemlich vollständig nach einem Krankheitsverlaufe von  $\frac{1}{2}$  Jahre eingetreten war. Die Combination in diesem Falle von dem psychischen Leiden und den Rückenmarkssymptomen machte die Annahme; dass Pat. an Dementia paralytica leide, zuerst in hohem Grade wahrscheinlich. Die psychischen Symptome verhielten sich ja auch im ganzen so, wie bei der classischen Paralyse. In der Anamnese gab es jedoch wenig Anhaltspunkte für die Annahme einer solchen. So wurde luetische Infection absolut verneint, und das plötzliche Eintreten der Psychose ohne Vorboten sprach auch dagegen, ebenso die weitere Entwicklung der Krankheit, besonders die rasch eintretende vollkommene Krankheitseinsicht und das vollständige Verschwinden der Rückenmarkssymptome, die bei einer tabetischen Paralyse bestehen bleiben oder fortschreiten. Die nun in 2 Jahren fortdauernde psychische und physische Gesundheit spricht auch sehr gegen eine Paralyse. Die Krankengeschichte zeigt also, dass bei der perniciösen Anaemie ein nervöses Krankheitsbild auftreten kann, das durch die eigenthümliche Combination von Gehirn- und Rückenmarkssymptomen eine grosse Aehnlichkeit mit einem Stadium der allgemeinen Paralyse darbietet. Dass dieses Krankheitsbild wirklich in Zusammenhang mit der perniciösen Anaemie gesetzt werden kann, dafür sprechen die Rückenmarkssymptome, die Ataxie, spastische Lähmung, Sensibilitätsstörungen, die ja den Typus darstellen, welcher gewöhnlich erwähnt wird in den Fällen, wo Rückenmarkssymptome bei der perniciösen Anaemie auftreten. Die Symptome sprechen für eine Betheiligung sowohl der Seiten- wie Hinterstränge im Hals- und Brustmark. Für die Erklärung der psychischen Symptome liesse sich ja annehmen, dass der Krankheitsprocess auf die Ganglienzellen der Hirnrinde schädigend einwirkte. Bemerkenswerth ist, dass die Psychose gleich im Beginne der Blutkrankheit auftrat, ehe noch bedeutende Anaemie eingetreten war, und dass diese Psychose zuerst einen manischen Zustand darstellte. Als nachher die Anaemie schwerer wurde, traten die durch eine schwere Anaemie des Gehirns mehr erklärlichen Symptome, wie Depression, Gedankenträgheit und Somnolenz, hervor. Die Psychose, die also in ihren Hauptzügen ein manisch-depressives Irre-



sein darstellt, und die sich gleich mit dem Eintritt der perniziösen Anaemie entwickelte, da noch der Blutbefund nicht allzusehr pathologisch war, kann schwerlich nur durch eine Anaemie als solche erklärt werden. Das psychische wie das Rückenmarksleiden lässt sich besser erklären durch die mehr und mehr durchdringende Ansicht, dass die perniziöse Anaemie eine toxische Krankheit ist. Worin das Gift besteht, ist ja noch unaufgeklärt, nach Grawitz handelt es sich um Autointoxication. In obigem Falle scheint diese Annahme nicht unberechtigt, da durch die Entfettungscur und ungewohnte Diaet sich wahrscheinlich Producte haben bilden können von einer für den Organismus schädigenden Beschaffenheit. Dass hier aber tatsächlich perniziöse Anaemie vorlag, dafür sprach die Blutuntersuchung, dafür auch die Rückenmarksaffection, die ja nie bei der gewöhnlichen Anaemie vorkommt. Zwar verlaufen die meisten Fälle tödtlich, doch kommen auch Heilungen vor, speciell bei Arsenbehandlung, die hier fast specifisch einwirkt. Weshalb Rückenmarkssymptome und Psychose in wahrscheinlich sehr seltenen Fällen combinirt auftreten können, lässt sich nicht erklären. Das anologe Verhältniss findet man jedoch bei einigen anderen Vergiftungskrankheiten, wie Ergotismus und Pellagra. Wahrscheinlich ist eine gewisse nervöse Veranlagung auch hier erforderlich. Jedenfalls ist es wichtig zu wissen, dass bei der perniziösen Anaemie ein der allgemeinen Paralyse in so hohem Grade ähnliches Krankheitsbild auftreten kann.

(Neurologisches Centralblatt 1908 No. 10.)

- Ueber die enterogene Aetiologie der progressiven perniziösen A. lässt sich Dr. H. Schmiedl (mähr. Landeskrankenanstalt in Brünn) aus. Es differiren darüber die Ansichten. Während eine Parthei Resorptionsstörungen im Darm, die andere eine Autointoxication vom Darm aus als maassgebend betrachten, sieht eine dritte in den Darmveränderungen nur die secundäre Folge der perniziösen A., eine vierte fasst Blut- und Darmerkrankung als coordinirte Erscheinungen im Krankheitsbilde auf. Der Mangel einer mit unseren heutigen Mitteln exact nachweisbaren Resorptions- oder Assimilationsstörung, sowie einer constanten entsprechenden pathologisch-anatomischen Veränderung hat allerdings die Darmaetiologie der perniziösen A. derzeit in Misscredit gebracht, und Lazarus meint, dass „Anaemie und Intestinalerkrankung einander coordinirt sind, beide die Folge einer und derselben uns noch

unbekannten Ursache“. Positiv wissen wir nur aus der Bothriocephalusanaemie, dass vom Darne aus wirklich eine schwere Bluterkrankung ausgelöst wird, dass nach Abtreibung des Wurmes sehr oft endgültige Heilung eintritt. Und es liegen auch sonst Beobachtungen vor, wo bei perniziöser A. mit unbekannter Aetiologie nach gründlicher Entleerung des Darmes Heilung erzielt wurde. Autor hat nun einen Fall erlebt, der ebenfalls Anhaltspunkte für die Darmaetiologie bietet. Eine 41jähr. Frau litt an chronischer Diarrhoe, die in Achylia gastrica, also einer complete Secretionsinsufficienz des Magens, ihre Ursache hatte, wo eben der Darm durch das fortwährende Zuführen nicht gehörig vorbereiteten Speisebreies insufficient wird und mit Diarrhoe reagirt. Diese bestand schon 6 Jahre, in welcher Zeit Pat. immer blühend aussah und anstrengende Arbeit verrichtete, als sich zum ersten Male die Zeichen der perniziösen A. geltend zu machen begannen. Nach einer Besserung dieser Erscheinungen kam eine zweite Attaque, und seit einem Jahre ist wieder die Diarrhoe begleitet von schweren Symptomen der A., die sich auch nach dem haematologischen Befund als perniziös charakterisirt. Durch diaetetische Behandlung (prävalirende Kohlehydratkost in leicht assimilirbarer Zubereitung) gelang es nun, allmählich die Diarrhoe zu beeinflussen, parallel damit aber besserte sich auch das Krankheitsbild und der haematologische Befund, ein Beweis wieder dafür, dass die Darmaetiologie doch nicht so ohne Weiteres über den Haufen geworfen werden darf.

(Wiener med. Presse 1903 No. 21.)

- **Ein ex tempore bereitetes Eisenwasser** empfiehlt Prof. W. Jaworski. Eins der wirksamsten und am leichtesten verträglichen Eisenpräparate ist das doppeltkohlensaure Eisenoxydul, das in geringen Quantitäten in den natürlichen Stahlbrunnen enthalten ist. Das Präparat ist aber gar nicht haltbar, sodass man sich frisch bereitete Lösungen herstellen muss. Dies lässt sich dadurch erzielen, dass man eine Lösung unzersetzten schwefelsauren Eisenoxyduls mit einer durch Kohlensäure übersättigten Lösung von doppeltkohlensaurem Natron in entsprechenden Quantitäten zusammenbringt. Hierdurch wird Natronsulfat und doppeltkohlensaures Eisenoxydul gebildet, welches letztere sich durch einige Minuten unzersetzt in Lösung erhält, sodass dies Eisenwasser gleich ganz ausgetrunken werden muss. Am besten operirt man mit 2 Lösungen von fri-

schem krystallisirtem schwefelsauren Eisenoxydul, einer schwächeren und einer stärkeren:

1. Ferr. sulfur. crystallis. recent. parat. 2,5  
Solv. in Aq. dest. fervid. 10,0  
Adde: Syr. simpl. 100,0.
2. Ferr. sulfur. crystallis. recent. parat. 5,0  
Solv. in Aq. dest. fervid. 20,0  
Adde: Syr. simpl. 100,0.

Von diesen Lösungen thut man 1 Kaffeelöffel in ein Trinkglas, setzt etwa 100 ccm ( $\frac{1}{2}$  Glas) künstlich bereiteten kohlensauren Natronsäuerling (Bilin, Vichy) von starkem Natrongehalt (wenigstens 3—4 p. m) zu und trinkt sofort und auf einmal aus (bevor sich milchige Trübung bildet). Solcher Portionen sind täglich 3 eine Stunde vor den Hauptmahlzeiten zu nehmen (mittelst Glasröhrchens). Seit einem Jahr wendet Autor diese Methode bei Anaemie und Chlorose mit grossem Erfolge an. Erst wird 1 Woche Lösung 1 gegeben, worauf man, falls keine Beschwerden eintreten, zu Lösung 2 übergeht, die 8 Wochen lang benützt wird. Wird Lösung 2 nicht vertragen (Magenektasie), so ist Lösung 1 weiter zu verwenden.

(Therap. Monatshefte, Juni 1903.)

### **Anaesthesie, Narkose.** Ueber **Subcutin**, eine neue

**Verbindung des Anaesthesins**, macht Oberarzt Dr. Becker (Städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.) Mittheilung. Schon Anaesthesin hat sich allenthalben Freunde verschafft, und auch Autor hat z. B. mit dessen Application als Streupulver (10—20% mit Dermatol) bei *Hautverbrennungen* II. Grades die besten Erfahrungen gemacht; wiederholt wurde Nachlassen der quälenden Schmerzen constatirt, die Wundheilung wurde im günstigsten Sinne beeinflusst, und selbst bei ausgedehnten Flächen traten bei fortgesetzter Anwendung keine unangenehmen Nebenwirkungen auf. Die Chirurgie verlangte nun aber auch zur subcutanen Injection dieses neue Mittel, und es wurde Mandelöl dazu empfohlen. Autor erreichte auch mit 2—2  $\frac{1}{2}$ %igen Mandelöllösungen complete Anaesthesie, doch war die Application eine zu umständliche und schwierige. Ritsert brachte dann das salzsaure Salz des Anaesthesins, doch machten sich hier bei grösseren Injectionsgebieten oft Reizerscheinungen bemerkbar. Jetzt hat nun Ritsert in der parphenolsulfosauren Verbindung des Anaesthesins einen

Körper gefunden, dessen Wirkung bedeutend milder, dessen Löslichkeit in Wasser grösser ist. Das Subcutin, ein weisses, feinnadelförmiges, crystallinisches Pulver, löst sich in kaltem Wasser zu 1%, bei Körpertemperatur zu 2,5%. Es erwies sich ebenfalls als unschädlich. Es wurden damit intracutane Quaddelinjectionen nach Schleich und zum Vergleich solche mit 1%iger resp. 0,1%iger Cocainlösung gemacht. Injectionsschmerz war nicht vorhanden, die Cocainquaddel hatte mit der Subcutinquaddel die Anaesthetie gemein, nur war bei letzterer nicht so grosse Fernwirkung zu constatiren, wie bei 1%iger Cocainlösung; die Dauer der Anaesthetie war etwas länger als die der 1%igen Cocainlösung. Die Zurückbildung der Quaddeln erfolgte ohne jede Reaction. Subcutin erwies sich also für Schleich'sche Anaesthetisirung als vollkommener und ungiftiger Ersatz für Cocain; die Fernwirkung ist nicht so intensiv, wie bei letzterem, sie ist aber zu einem gewissen Grade vorhanden. Auch regionäre Anaesthetie im Sinne Oberst's war hervorzurufen, und es wurden Fingerexarticulationen u. dergl. anstandslos ausgeführt. Meist wurde folgende Lösung verwandt:

Rp. Subcutin. 0,8—1,0  
 Natr. chlor. 0,7  
 Aq. dest. 100,0.

Es wurden u. A. operirt: Abscesse, Phlegmonen, Panaritien, Carbunkel, Mastitis, Atherome, Bursitis, Phimosis, es wurden ausgeführt Nagelextractionen, Resectionen, Exarticulationen, Rippenresectionen u. s. w. Die Anaesthetie war bei genügender Durchtränkung des Gewebes im Bereich der Infiltration eine vollkommene, die Gewebe antworteten nie mit entzündlicher Reaction.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 20.)

- Die **Cocain-Adrenalinanaesthetie** hat Stolz in der chirurg. Universitätsklinik bei ca. 70 Fällen der „kleinen“ Chirurgie (Furunkel, Panaritien, Phlegmonen, Fremdkörperextractionen) angewandt. Er saugt in die 1 ccm-Spritze zunächst eine  $\frac{1}{2}\%$ ige Cocainlösung, dann 1 Theilstrich einer Lösung von 1 : 100 Adrenalin und zuletzt wieder zur gänzlichen Füllung der Spritze Cocainlösung ein und vertheilt 1—2 Spritzen langsam, aber tief eindringend um das Operationsfeld. Demonstrationis causa wird z. B. ein tiefer Nackenfurunkel, der kurz vorher mit 2 ccm behandelt war, schmerzlos incidirt und ohne nennenswerthe Blutung ausgelöffelt.

Autor bestätigt die weitgehende Anaemisierung und Anaesthesie, wie die unbedeutende Allgemeinwirkung des Cocains, seine sehr langsame Resorption und das Ausbleiben intensiver Nachschmerzen. Die im mindesten spritzenden kleinen Gefässe sind gründlich zu unterbinden, da nach Erschlaffen der stark contrahirten Gefässwand sonst Nachblutungen zu befürchten sind.

(Unterelässischer Aerzteverein 23. V. 1903. —  
Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 22.)

- **Yohimbin als Anaestheticum** benützte Dr. Alex. Strubell (Staatspoliklinik für Nasen- und Kehlkopfkrankheiten zu Dresden) bei einigen 20 Fällen, namentlich in der Nase, und er konnte bei localer Application der 1%igen Lösung zweifelloso Hypaesthesie bis Anaesthesie der Schleimhäute der oberen Luftwege erzielen, genügend für die Ausführung von Operationen, die nicht zu sehr in die Tiefe gingen. Anaemie, Contraktionen des Schwellkörpers der Nase kamen dabei nicht zu Stande. Das Mittel ist unschädlich und wäre daher dem Cocain vorzuziehen, wenn weitere Untersuchungen ergeben, dass der gleiche Effect zu erzielen ist, vielleicht wäre ein solcher voll und ganz zu erreichen durch Combination des Yohimbin mit Adrenalin.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 24.)

- Eine **Chloroformnasenmaske** hat Dr. C. Reissig (Hamburg) construiert\*), um damit bei *Zahnextraktionen* ruhig und bequem weiter narkotisiren zu können, was bei der grossen, gewöhnlichen Maske nicht gut geht. Die „Nasenmaske“ bedeckt nur die Nase und ist vermittels eines Kreuzknebelknopfes an einem Stirnband befestigt, sodass sie leicht entfernt oder nach oben geklappt werden kann. Man leitet die Narkose zunächst mit einer gewöhnlichen Maske ein und setzt sie so fort, bis die nöthige Tiefe erreicht ist; kurz ehe man mit den Extraktionen (oder eine andere Operation an oder im Mund!) beginnt, wird die Nasenmaske angelegt, die, an dem Stirnband befestigt, dem Chloroformirenden dauernd eine Hand freilässt, die er eventl. zum Assistiren (Halten des Mundsperrers u. dergl.) benützen kann.

(Münch. med. Wochenschrift 1903 Nr. 23.)

**Blutungen. Gelatine-Injectionen bei den Darmblutungen bei Abdominaltyphus** hält Hugo Präbram (I. deutsche med. Klinik in Prag) für indicirt, nachdem sich dieselben

\*) Medicin. Waarenhaus, Berlin. Preis: Mk. 3.50.

in 6 Fällen bewährt haben. Es wurden 10—20 ccm einer 15—20 %igen Lösung subcutan injicirt.

(Prager med. Wochenschrift 1903 Nr. 20.)

— **Styptol**, ein neues Mittel gegen Gebärmutterblutungen, hat Dr. R. Katz in Dr. Abel's Privatklinik (Berlin) angewendet und zwar mit besten Erfolgen. Styptol, das neutrale, phtalsäure Salz des Cotarnins (letzteres auch im Stypticin enthalten), hergestellt von Knoll & Co. (Ludwigshafen), ist ein gelbes Pulver, das im Wasser leicht löslich ist. Man giebt es als Pulver oder in Tabletten à 0,05 (am besten Original-Röhrchen mit 20 Stück zu verordnen), von denen man 3mal täglich 1 Stück giebt. Das Mittel wurde stets gut vertragen und kann auch längere Zeit hindurch gegeben werden. Es wurde gegen alle möglichen Arten von Gebärmutterblutungen ordinirt und bewährte sich fast stets als promptes Stypticum. Nach den Erfahrungen erscheint seine Anwendung in folgenden Fällen indicirt:

1. Bei unregelmässigem, leicht blutigem Ausfluss, der ausserhalb der Menses besteht, ganz besonders im Anschluss an operative Eingriffe (z. B. Abrasio).
2. Bei starken menstruellen B., besonders bei Nulliparen und Virgines (Menorrhagieen) ohne pathol.-anatomisches Substrat.
3. Bei B. in den Wechseljahren, vorausgesetzt, dass keine anderen krankhaften Veränderungen, besonders keine bösartigen Geschwülste vorliegen; in einigen Fällen wurden auch B. bei bestehendem inoperablem Carcinom der Portio günstig beeinflusst.
4. Bei Myomen, sowohl bei Menorrhagieen, als auch bei Metrorrhagieen.
5. Bei B. infolge Erkrankungen der Adnexe oder des Beckenbindegewebes, bei fixirten Lageveränderungen des Uterus.
6. Bei B. in der Schwangerschaft; Wehen wurden nicht hervorgerufen.

Styptol hat auch sedativen Effect, weshalb seine Anwendung bei dysmenorrhoeischen Zuständen diese oft milderte resp. zum Verschwinden brachte. (Therap. Monatshefte Juni 1903.)

— Kussmaul's **Methode zur Stillung übergrosser menstrueller B.** hat Prof. G. Klemperer (Berlin) mit glänzendem Erfolge benützt, und da die Methode wenig bekannt ist, will Autor sie allen Aerzten zugänglich machen, indem er einzelne Abschnitte reproducirt aus Fleiner's (eines

Schülers von Kussmaul) „Lehrbuch der Magenkrankheiten“. Es heisst dort: „Zur Beseitigung übergrosser menstrueller Blutverluste bei Frauen hat sich ein von Kussmaul ersonnenes und von ihm, von Czerny und auch von mir häufig geübtes Verfahren als absolut sicher blutstillend wirkend stets bewährt: ich meine die *Compressionstamponade des Uterus*. Wie man eine Blutung an irgend einer zugänglichen Körperstelle, sagen wir am Arme, stillt, indem man kunstgerecht die zuführenden Gefässe comprimirt oder, wenn dies nicht angeht, auf die blutende Wunde selbst einen Druck ausübt oder einen Druckverband anlegt, so kann das auch bei stärkeren B. aus dem Uterus geschehen, indem man durch *kleine Tampons*, welche man hoch hinauf in das Scheidengewölbe einführt, den Uterus, wenigstens den unteren Abschnitt desselben und den Cervix von allen Seiten so zusammendrückt, dass jede übermässige Blutzufuhr aufhört und die Menstrualblutung nach Belieben eingeschränkt oder ganz unterdrückt wird. Man beginnt die Tamponade, die „Blutstopfung“, bei Frauen, welche erfahrungsgemäss bei jeder Periode zu stark und zu lange bluten, in der Regel etwa 12 bis 24 Stunden nach dem Eintritt der Periode, unter Umständen auch gleich im Beginn derselben. Zuvor wird der Darm (durch ein Klystier) entleert und die Scheide durch eine Ausspülung mit lauwarmem (24—26°) Borwasser gereinigt. Die Tampons hat sich der Arzt unterdessen 3—4 an der Zahl, vielleicht auch noch mehr, hergestellt durch festes Aufrollen schmaler, in lauwarmes Borwasser gelegter Wattestreifen. Während des Rollens wird die Watte so geknetet, dass der fertige Tampon die Form einer Spindel hat und so dick, aber nicht so lang, wie ein mittelgrosser Daumen ist. Damit die Pat. sich selbst später die Tampons wegnehmen kann, ist es zweckmässig, letztere gleich an einem Baumwollfaden zu befestigen. Nachdem schliesslich die Tampons mit Borvaseline gut eingefettet sind, führt man in der Rückenlage der Frau, mit hochgezogenen Knien, während 2 Finger der linken Hand die Labien etwas auseinanderhalten, mit der rechten Hand den grössten Tampon zuerst in die Scheide, natürlich der Längsachse des Tampons entsprechend, und wenn er da schon ziemlich hoch liegt, geht man mit dem rechten Zeigefinger ebenfalls in die Scheide, dreht den Tampon so, dass er quer zu stehen kommt und schiebt ihn nun im hinteren Scheidengewölbe so weit hinauf, als es ohne Schmerzen möglich ist. In ähnlicher Weise wird

der zweite, etwas kleinere Tampon in das vordere Scheidengewölbe geschoben und, wenn nöthig, noch ein 3. und 4. kleiner Tampon rechts und links hin, da, wo noch eine Lücke ist. Bei einiger Geschicklichkeit kommt man mit 3 Tampons aus, mit einem grösseren hinteren, einem kleineren vorderen und wieder einem grösseren, den man zur Stütze der beiden anderen auch noch einschiebt und querstellt. Macht man die Tampons sehr klein, so braucht man natürlich mehr, auch muss dann zum Schluss noch ein grösserer Tampon quer in die Vagina gelegt werden. Mit Ausnahme eines Druckgefühls im Becken haben die Pat. keine Beschwerden; nur müssen sie liegen bleiben, damit die Tampons sich nicht verschieben. Nach 24 Stunden entfernt man die Tampons — und ist dabei oft erstaunt, zu finden, dass kaum einer von ihnen blutig imprägnirt ist, wenn die Stopfung gut gemacht worden ist — lässt den Darm entleeren und die Scheide spülen, um die Manipulationen von neuem zu beginnen. Oft genügt für eine Periode ein 2maliges, meist ein 3maliges Tamponiren, hin und wieder kann das Stopfen auch 4mal, seltener gar 5mal erforderlich sein. Allerdings muss dieselbe Procedur bei den nächsten Perioden wiederholt werden. „In Betreff der Leistungsfähigkeit der Methode will ich schliesslich nur noch anfügen, dass sie in keinem Falle, wo die Tamponade ausführbar war — manche Entzündungen und schmerzhaft, abnorme Fixationen des Uterus können sie hindern und unmöglich machen — ihren Dienst versagt hat, freilich braucht ein Jeder, der die Stopfmethode ausführen will, einige Uebung, bis er seiner Sache ganz sicher ist. Wiederholt habe ich schwere B. durch Tamponade gestillt in Fällen, bei welchen gegen das Uebel wiederholt operativ vorgegangen worden war. In vielen Fällen wird jedenfalls das so häufig geübte Auskratzen des Uterus durch die unblutige Tamponade ersetzt werden können.“ — Klemperer hatte 7mal Gelegenheit, die Methode anzuwenden, stets mit vorzüglichem Erfolg. Sie ist absolut unschädlich und verdient allgemeine Anwendung bei profusen Metrorrhagien.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1903.)

- **Blitzschläge und Augenblutungen** können miteinander im Zusammenhang stehen, wie folgende Beobachtung von Doc. Dr. A. Topolanski zeigt. Bei einem Gewitter gingen 2 Bauern in einer Entfernung von ca. 4 Schritten voneinander über das freie Feld im strömenden Regen. Ein



Blitzstrahl streckte beide gleichzeitig nieder; während der eine nur zusammensank und gleich wieder aufstehen konnte, war die Wirkung bei dem zweiten eine viel intensivere. Derselbe sank nämlich, wie von seinem Begleiter gesehen wurde, nach rückwärts zu in sich zusammen und fiel dann auf die vom Regen durchweichte Ackererde, wo er bewusstlos liegen blieb. Am nächsten Tage konnte Autor an ihm keinerlei äusserliche Verletzung, weder im Gesicht, noch am Hinterhaupt, noch sonst irgendwo constatiren. Das rechte Auge zeigte normale Lider, Conjunctivae und Corneae, dagegen war die Kammer trüb und von untenher bis in die Höhe der halben Pupille mit Blut angefüllt; die Iris zeigte keine Abnormität, vom Fundus war nichts zu sehen, die Tension war normal. Das 2. Auge zeigte gleichfalls normale Lider, Conjunctivae und Corneae, auch normale Vorderkammer und Linse, jedoch im Glaskörper eine ausgebreitete Blutung; Tension normal. Bei dem 22jähr. vollständig gesunden Pat. war eine anderweitige Ursache für die Blutung ausgeschlossen. Nach eingeleiteter Schwitzcur und Elektrisiren beider Augen war die Blutung aus der Kammer in 10 Tagen ohne jede Folge verschwunden; eine Stelle, wo die Blutung herstammte, konnte nicht gefunden werden. In dem 2. Auge resorbierte sich die Blutung nur sehr langsam. Nach der Aufhellung zeigte sich an der temporalen unteren Vene eine Stelle, an welcher diese von einem quer über sie gelegten weissglänzenden Strange überbrückt war; jedenfalls eine Narbe nach der Blutung. Die B. waren hier offenbar nur eine Blitzwirkung. Wie vorsichtig man aber andererseits in Bezug auf B. durch Blitzstrahl sein muss, zeigt ein anderer Fall: 30jähr. Mann stand während eines Gewitters unter einem Baume und wurde, vom Blitze getroffen, bewusstlos aufgefunden. Am 2. Tage danach zeigte Pat. eine leichte Unbeweglichkeit in den beiden unteren Extremitäten, sowie eine Blitzfigur an der Innenseite des linken Oberschenkels. Im rechten Auge hatte er eine Blutung unter die Conjunctiva und in die Vorderkammer, im linken eine Risswunde am äusseren Lidwinkel. Die Provenienz der Blutung am rechten Auge zeigte die Stirnhaut des Pat., in der ein 3 cm langes Holzstückchen steckte. Durch den Blitz waren die Aeste des Baumes abgeschlagen und offenbar mit einiger Gewalt auf den Mann geworfen worden. Die linke Wunde war ebenfalls mit Baumrinde verunreinigt, sodass sich der Befund an beiden Augen als ein durch das Trauma und nicht durch den Blitzschlag selbst gemachter Effect darstellte.

(Wiener klin. Rundschau 1908 Nr. 22.)

**Diabetes.** Eine **seltene Complication des D. mellitus** beobachtete Dr. Zaudy (Düsseldorf). 63jähr. Herr, früher fettleibig, in den letzten Monaten schnell abgemagert, war kürzlich wegen schwerer acuter Stuhlverstopfung in einem Spital behandelt worden. Er hatte jetzt Beschwerden im Leibe und Zeichen, die auf D. hindeuteten. In der That enthielt der Harn fast 5% Zucker, kein Eiweiss. Die Beschwerden im Leibe rührten her von einem mächtigen Tumor, der vom rechten Rippenbogen bis unter Nabelhöhe reichte; die linke Grenze erreichte nicht ganz die Linea alba, rechts war eine Grenze nicht nachweisbar. Er war von fester Consistenz und glatter Oberfläche, zeigte bei tiefem Athmen deutliche Verschieblichkeit, war von der Leber aber anscheinend durch einen tympanitisch klingenden Spalt getrennt, während er von der Gegend der rechten Niere aus zu bewegen war. Mit den Bauchdecken schien er nicht verwachsen zu sein. Ueber die Natur des Tumors war nichts zu eruiren. Zunächst antidiabetische Cur, die rasche Besserung zur Folge hatte; die Urinmenge sank, Zucker war nach wenigen Tagen nur noch in Spuren zu finden. Spätere Untersuchungen legten nahe, dass die Geschwulst im Zusammenhange mit der rechten Niere stände; so erwies sich später z. B. auch der Tumor fast ganz vom Darm überlagert. Bei der ersten mikroskopischen Durchforschung des Urins fand Autor einzelne rothe Blutkörperchen, ausserdem Bakterien und Oxalate; eine Woche später stellte er dieselben Bestandtheile fest, dazu noch vereinzelte hyaline, zum Theil mit Zellen belegte Cylinder und einen Leukocytenhaufen. Pat. wollte sich operiren lassen, aber erst noch einmal nach Hause reisen. Er erschien nicht, erst nach  $\frac{1}{4}$  Jahr liess er sich sehen, aber nur um zu zeigen, wie sich der Zustand gebessert habe, obwohl er die ganze Zeit recht thätig gewesen sei und nicht besonders vorsichtig gelebt habe. Der Urin zeigte ganz minimale Eiweiss-Opalescenz, 1% Zucker; mikroskopisch: Leukocyten, Schleimfäden, Harnsäure- und Oxalatkrystalle, hyaline und verfettete Cylinder. *Von dem Bauchtumor nichts mehr nachweisbar!* Auch nach weiteren 4 Monaten deutete nichts auf den früheren Tumor hin. Der Kranke war dauernd arbeitsfähig, nahm sehr an Körpergewicht zu. Was für eine Geschwulst hatte vorgelegen? Neubildungen verschwinden nicht so von selbst, um Kothansammlung hatte es sich nicht gehandelt, es musste eine Flüssigkeitsansammlung vorgelegen haben: aber für Bluterguss sprach nichts, eine intraabdominale Cyste, Echinococcus u. dgl. hätten

nur durch Platzen oder Perforation in einen anderen Hohlraum verschwinden können. Es blieb nur *Hydronephrose* übrig, obwohl positive diagnostische Beweismittel dafür nicht vorlagen. Woher aber kam die Hydronephrose? Eine der häufigsten Ursachen für einseitige Hydronephrose bei Männern ist das Vorhandensein von Nierensteinen, und wenn auch hier Kolikanfälle fehlten und ebenso Nierenblutungen, so ist doch zu beachten, dass sich regelmässig ein Sediment von Harnsäure und Oxalatkrystallen im Urin fand, und dass während des Bestehens des Tumors wiederholt auch rothe Blutkörperchen nachgewiesen wurden. Gerade der letzte Befund gilt neuerdings in Zweifelfällen als positiv verwertbar für die Anwesenheit vermutheter Nierensteine. Bei D. ist ja ferner das Bestehen einer anderen sogen. Stoffwechselstörung, der Urolithiasis nicht selten. Zweifellos handelt es sich bei dem gleichzeitigen Vorkommen von D. und Hydronephrose nur um ein zufälliges Zusammenreffen. Der D. war hier kein schwerer, da die wenig strenge Diaet so gut wirkte; trotzdem aber hat vielleicht die Hydronephrose einen ungünstigen Einfluss insofern ausgeübt, als sie durch ihre räumliche Ausdehnung und die dadurch gegebene Möglichkeit der Compression von Blutgefässen und der Behinderung des Kreislaufs den schon darniederliegenden Stoffwechsel schädigte. Diese Annahme wird dadurch noch wahrscheinlicher, dass Pat. jetzt trotz unzumuthbarer Lebensweise aufblüht, nachdem der Tumor verschwand. Der Fall hat nach verschiedener Richtung hin praktische Bedeutung:

1. Giebt eine Hydronephrose augenscheinlich kein Hinderniss ab für die erfolgreiche Einleitung einer anti-diabetischen Cur.
2. Es hatte vorher eine starke acute Stuhlverstopfung bestanden; sehr nahe liegt es, dass dieser Darmverschluss in einer Compression des über der Hydronephrose gelegenen Darmabschnittes bestand.
3. Wäre Pat. operirt worden, so wäre er vielleicht daran zu Grunde gegangen, da die Operation bei dem 63jährigen Diabetiker als schwere anzusehen war.
4. Wäre er aus Scheu vor der Operation zu einem Curfuscher gegangen, so hätte dieser das Verschwinden des Tumors sich zugeschrieben und auf die „Operateure“ weidlich geschimpft.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 19.)

- Zur Frage der **Beziehungen zwischen D. mellitus und Psychosen** ergreift Prof. Dr. E. Redlich das Wort. Er führt eine Reihe von Fällen, Psychosen betreffend, an, bei denen seit längerer Zeit, in der Mehrzahl der Fälle Jahre vor dem Auftreten der Psychose D. bestand. Es waren das nicht wirkliche „diabetische“ Psychosen derart, dass der D. eben die einzige oder mindestens die ausschlaggebende Ursache der Psychose bildete, auch hatten die Fälle durchaus kein gemeinsames Gepräge, sodass sich etwa aus der Symptomatik die aetiologische Diagnose hätte stellen lassen. Aber die Fälle zeigten, dass in einer ganzen Reihe von Fällen der D. unzweifelhaft das Auftreten von Psychosen begünstigt, insbesondere dann, wenn die durch ihn gesetzte allgemeine Ernährungsstörung eine schon bestehende oder wenigstens drohende senile Involution des Gehirns befördert, oder andere, das psychische Gleichgewicht störende Momente vorhanden sind. Für manche in der Litteratur beschriebenen Fälle, insbesondere wo es sich um jugendliche Individuen handelt, bei denen ausser einem lange bestehenden D. kein anderweitiges aetiologisches Moment für den Ausbruch einer Psychose ausfindig zu machen ist, ist eine mehr directe Abhängigkeit der Psychose von D. zuzugeben, zumal dann, wenn, wie bei einem Falle Laudenheimer's eine Herabsetzung des Zuckergehaltes von einer dauernden Besserung des psychischen Befindens begleitet ist.

(Wiener med. Wochenschrift 1903 Nr. 22 u. 23.)

- **2 Fälle von schwerem D., durch Schreck verursacht**, beobachtete Dr. A. Lorand (Carlsbad). Es waren zwei jüngere Frauen, die, vorher ganz gesund, nach einem grossen Schreck, der aber ohne die geringste Körperverletzung verlief, sehr bald die ersten Symptome darboten eines D., der sich als schwere Form charakterisierte und binnen kurzem letal endete. Vorher war der Urin freilich nicht auf Zucker untersucht worden, doch erscheint es höchst unwahrscheinlich, dass ein so schwerer D. schon früher vorgelegen haben sollte, ohne sich irgendwie bemerkbar zu machen. Hereditäre Prädisposition war nur in dem einen Falle nachweisbar. Es ist zweifellos in beiden Fällen der schwere D. durch den Schreck hervorgerufen worden.

(St. Petersburger med. Wochenschrift 1903 Nr. 22.)

- **Secale bei Diabetes insipidus** hat Dr. Alfr. Wolff (städt. Krankenhaus Moabit-Berlin) auf die Empfehlung v. Liebermeister's hin bei 2 Fällen angewandt, indem er Inf.

Secal. cornut. 6,0 : 200,0 (3 mal, später 2 mal tägl. 1 Esslöffel) gab. In dem einen Falle, wo es sich um hereditären D. handelte und andere Mittel (Opium, Aspirin etc.) versagt hatten, wirkte Secale sehr prompt auf den Durst und die Urinsecretion ein. Im 2. Falle war der Effect kein so eclatanter, immerhin aber deutlich zu constatiren. Jedenfalls sollte man in jedem Falle 8—10 Tage lang einen Versuch damit machen. Der 1. Pat. nahm das Mittel Monate lang, ohne dass sich irgendwie Beschwerden einstellten.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 23.)

### **Helminthiasis.** Eine **seltene Ursache von Darmstenose**

fand Dr. Steinhauer (Naumburg a. S.) bei einem 9jähr. Knaben, der unter Erscheinungen erkrankte, die auf eine partielle Intussusceptio schliessen liessen. Die Eltern gaben das Heben einer schweren Last als Ursache der Erkrankung an. Schon wollte Prof. v. Bramann operativ eingreifen, als mehrere grosse Knäuel von Taeniengliedern abgingen, worauf die unter dem linken Rippenbogen vorhanden gewesene Resistenz schwand, das Fieber fiel, Stuhlentleerung wieder in normaler Weise erfolgte.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 23.)

- **Acuter Darmverschluss, hervorgerufen durch Ascaris lumbricoides**, einen solchen Fall hatte Dr. M. Schulhof (städt. Krankenhaus Nordhausen) zu sehen Gelegenheit gehabt. Bei der 47jähr. Frau zeigten sich acut die Zeichen des Darmverschlusses, und man sah sich genöthigt, zu laparotomiren. Man fand nichts Wesentliches vor, sodass die Wunde wieder geschlossen wurde. Da wurden plötzlich Ascariden erbrochen, und in den nächsten Tagen gingen weitere ebenso oder per anum ab, im Ganzen 22, worauf die Krankheit als behoben angesehen werden konnte. Durch die Abtastung des Darmes bei der Operation gereizt, fingen jedenfalls die Ascariden an den Darm zu verlassen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 24.)

### **Hernien.** Ueber die **Begutachtung der Unterleibsbrüche**

liess sich auf Grund seiner Erfahrungen Prof. G. Sultan (Göttingen) aus und kam zu folgendem Ergebniss: Ein Unfallbruch darf nur angenommen werden

1. wenn wirklich ein Unfall oder eine über das übliche Maass der Arbeitsleistung hinausgehende Anstrengung stattgefunden hat, und zwar eine solche, die geeignet war, den intraabdominellen Druck zu erhöhen;

2. wenn aus den Ergebnissen der behördlichen Nachforschungen anzunehmen ist, dass vorher ein Bruch an dieser Stelle nicht bestanden hat;
3. wenn der angebliche Austritt des Bruches mit sehr heftigen Schmerzen verbunden war, die den Betroffenen zwangen, die Arbeit niederzulegen, und wenn der alsbald zu Rathe gezogene Arzt auch auf Druck heftige Schmerzempfindung auslösen kann;
4. wird ein Unfallbruch gewöhnlich klein sein, sehr häufig noch innerhalb des Leistencanals sich befinden und nur ganz ausnahmsweise die Grösse einer Citrone übersteigen.

Die Folgen von Zerreiassungen im Bereich des Leistencanals lassen sich nur sehr selten durch Schwellung oder Bluterguss schon äusserlich erkennen. *Nicht* verwendbar für die Beurtheilung eines Unfallbruches ist das Vorhandensein einer Bruchanlage auch an anderer Stelle und die leichte oder schwere Reponirbarkeit des Bruches.

(Münchener med. Wochenschrift 1908 No. 5.)

— **Acute Hydrocele und eingeklemmter Leistenbruch** sind manchmal schwer zu unterscheiden, wie wieder ein von Dr. E. Maillefert (Rethem a. A.) beobachteter Fall zeigt. Ein 5jähr. Kind bekam plötzlich in der Leistengegend eine Geschwulst, die schmerzte. Das Gleiche soll zum ersten Mal vor 2 Jahren in Laufe eines Keuchhustens geschehen sein und sich seitdem alle paar Wochen oder Monate wiederholt haben; nach einigen Stunden verschwanden aber Geschwulst und Schmerzen immer spontan, öfters ganz plötzlich. Autor fand einen prall elastischen, allseitig abgrenzbaren, schmerzhaften Tumor von Wallnussgrösse in der rechten Leistengegend, dessen Deutung als acut entstandene Hydrocele des Samenstranges keine Schwierigkeiten machte. Abends hatte der Tumor an Umfang zugenommen, die Schmerzen ebenfalls, der ganze Unterleib war druckempfindlich, der Puls war klein und stark beschleunigt, Pat. hatte heftig erbrochen. Stuhlgang war nicht erfolgt. Angesichts dieses schweren Krankheitsbildes überkamen den Autor, obwohl der objective Befund sich nicht wesentlich geändert, doch Zweifel an der Diagnose und er schlug sofortige Operation vor, die aber seitens der Eltern ausgeschlagen wurde. In der Nacht verschwand die Geschwulst von selbst und der Pat. war genesen. — Dass eine Verwechselung der Hydrocele acuta funiculi spermatici, resp. Perispermatis serosa, um die es sich

hier handelte, mit einem eingeklemmten Leistenbruch leicht möglich ist, gibt auch Tillmanns in seinem Lehrbuche zu: „In solchen Fällen tritt mehr oder weniger plötzlich eine umschriebene, pralle, schmerzhafte Schwellung in der Gegend des Leistencanals auf, sodass man an einen entzündeten, resp. eingeklemmten Leistenbruch denken kann. Mehrfach hat man bei der acuten Perispermatitis infolge der Reizung des Peritoneums Erbrechen, Aufgetriebensein des Leibes und Collapszustände beobachtet, sodass dadurch die Aehnlichkeit des Symptomencomplexes mit dem bei eingeklemmten Brüchen vervollständigt wird.“

(Wiener klin. Rundschau 1903 No. 24.)

- Eine **Demonstration von mittelst Paraffininjectionen geheilter Nabelhernien der Kinder** erfolgte seitens Prof. Escherichs. Derselbe verwendete ein bei 38° C. schmelzendes Paraffin, das in einem auf ca. 45° eingestellten Wasserbade flüssig erhalten wurde. Die Spritze besteht aus Metall, fasst ca. 8 ccm und trägt eine 2 cm lange, stark gekrümmte Nadel; am Stempel ist eine verstellbare Scheibe angebracht, welche die Menge des zu injicirenden Paraffins regulirt. Je nach Grösse des Bruchsackes wurden 1—5 ccm eingespritzt (ohne Narkose). Die linke Hand des Operators reponirt durch die von beiden Seiten her aufgelegten Finger den Inhalt des Bruchsackes; hierauf wird die Nadel der mit der rechten Hand gefassten Spritze am oberen Rande des Bruchsackes in der Mittellinie so eingestochen, dass die Spitze der nach oben gekrümmten Nadel in dem Bruchsacke frei beweglich ist. Der Assistent schiebt den Stempel bis zu der vorher markirten Stelle vor und gleichzeitig lässt der Operator entsprechend der eindringenden Paraffinmenge mit der Compression des Bruchsackes nach, sodass der Bruch wieder in voller Grösse erscheint. Nun wird sofort eine Eiscompressen durch eine Minute auf den Bruch gelegt und dann erst die Nadel zurückgezogen, die Stichöffnung mit Jodoformcollodium verschlossen. Darüber kommen 2 sterile Gazeläppchen, die durch ein Zinkpflaster befestigt werden, und nun wird ein circulärer Heftpflasterverband (Mischung aus Ung. diachyl. comp. und Cera fusc. aa) in der üblichen Weise angelegt, straff angezogen und mit einigen Bindentouren befestigt. Der Verband bleibt 8 Tage liegen. Dann erst kann man über den Erfolg der Operation urtheilen. Bei den vorgestellten Kindern sieht man keine H. mehr, auch wenn sie heftig pressen. Das Paraffin fühlt man in Form

einer unter der unveränderten Haut liegenden, harten, unverschieblichen Platte, welche die Bruchpforte vollständig deckt und dieselbe nach allen Seiten überragt. Diese Platte bildet sich dadurch, dass das in den leeren Bruchsack injicirte Paraffin sich in Form einer Calotte in dem oberen Theil des Bruchsackes ausbreitet und durch die von unten her andrängenden Därme, sowie die rasche Erstarrung (Eiscompreß) am Hinabsinken in die Bauchhöhle verhindert wird. Wenn dann der Bruch durch den circulären Verband niedergehalten wird, breitet sich die noch plastische Masse in dem abgeplatteten Bruchsacke zu einer flachen Pelotte aus, welche den Bruchsack verschliesst und die Wände des Raumes verklebt. Am günstigsten liegen die Verhältnisse bei enger, weniger als 5 mm im Durchmesser haltenden Bruchpforte. Aber auch bei weiter Bruchpforte bis zu 1 cm und darüber waren die Resultate befriedigend. Oeffnungen von 3 cm an können bei der derzeitigen Technik noch nicht verschlossen werden. Der Heilerfolg war stets ein dauernder. Der Verband kann in günstigen Fällen nach 8 Tagen weggelassen werden. Wenn jedoch die Pelotte noch nicht fixirt oder zu klein ausgefallen ist, so muss derselbe noch länger getragen werden. Die Pelotte wirkt offenbar nicht nur mechanisch, sondern als Fremdkörper auch chemisch reizend und anregend auf das Gewebe, sodass es viel rascher als sonst zum Spontanverschluss des Nabelringes und zur Veränderung des Bruchsackes kommt. Misserfolge und üble Zufälle sind unter den 30 bisher behandelten Fällen (meist 2—14 Monaten alten Kindern, nur eines 5 Jahre alt) nur sehr spärlich vorgekommen (kleine Hautnekrosen, Röthung der Haut u. dgl.). Der Eingriff, der also gefahrlos ist, kann von jedem Arzte ausgeführt werden.

(K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien, 5. Juni 1903. —  
Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 24.)

### **Nephritis. Zur Würdigung der traumatischen diffusen N.**

giebt Prof. P. Fürbringer seine Ansichten und Erfahrungen kund. Die Litteratur ist über dies Thema noch recht spärlich, immerhin aber liegt bereits manch wichtiger Beitrag vor, besonders derjenige von R. Stern, der namentlich 2 Gruppen dieser Art näher ins Auge fasst. Bei der ersten handelt es sich um durchaus acute Formen, welche schnell heilen oder aber tödten, während für einen namhaften Theil der Fälle der anderen Gruppe, der diffusen N. nach Trauma, die Chronicität resp. der latente Verlauf



des Leidens vor dem Unfall in Geltung treten muss. Bei der *ersten* Gruppe kommt es während der ersten Tage nach dem Trauma resp. der subcutanen Nierenverletzung zum klinischen Harnbild der acuten haemorrhagischen N., also der Harn enthält neben rothen Blutkörperchen reichliche Cylinder verschiedener Art, auch granulirte und epitheliale, sowie Eiweiss, dessen Menge die dem beigemischten Blut zukommende überschreitet. Besondere Erwähnung verdient, dass in einigen solchen von Stern und Holz beschriebenen Fällen (Sturz und Sprung in die Tiefe ohne äussere Verletzungen) mit Resection der verletzten Niere und Obduction die mikroskopische Untersuchung neben haemorrhagischen Herden ausgedehnte *Nekrosen* des secretorischen Apparats zum Theil mit Verfettung ergab. Speciell zeigt sich das Epithel getrübt, die Zellgrenze undeutlich, der Kern fehlend oder nicht färbbar. Während Holz acute parenchymatöse N. infolge Nierenerschütterung annimmt, kann sich Stern, obwohl er die Möglichkeit einer acuten traumatischen N. nicht leugnet, nicht entschliessen, den Begriff einer richtigen N. gelten zu lassen. Fürbringer möchte Holz beistimmen, erstens weil er in einem seiner Fälle kleinen Rundzellenanhäufungen besonders in der Nähe der Gefässe begegnete, dann, weil nicht wenige Formen von N. im Gefolge acuter Infectiouskrankheiten ähnliche Befunde darbieten. Autor hat dies z. B. bei der diphtherischen N. gesehen. Auch in den Sanitätsberichten über die preuss. Armee (1890—92) werden zwei Fälle von Albuminurie, Haematurie und gleichzeitiger Ausscheidung hyaliner und gekörnter Cylinder nach Sturz vom Pferde resp. Anprall des Rückens beim Springen als haemorrhagische N. registrirt. Bei alledem will Autor nicht leugnen, dass der Befund von granulirten Cylindern, wie er auch bei einfachen Nierenverletzungen erhoben wurde, noch keine N. beweist. Wenn Senator desgleichen die Möglichkeit hervorhebt, dass Haematurie, Albuminurie und Cylindrurie nur Folgen der Zerreissung von Gefässen und Gewebszertrümmerung seien, so hielt doch auch er es für möglich, dass die Nekrosen mittelbar zu einer reactiven Entzündung führen. Wahre, zudem meist schwere Formen von *diffuser* N., bei denen die Ausscheidung von Eiweiss und Cylindern mit einer krankhaften Verminderung oder aber Vermehrung der Harnmenge, Hydrops, Uraemie, Retinitis und anderen Aeusserungen der eigentlichen, meist chronischen N. einhergeht, vereinigt die *zweite* Gruppe, die „Fälle von diffuser N. nach Trauma“, mit Recht so

benannt, weil bezüglich ihres Zusammenhangs mit den erlittenen Unfällen für einen stattlichen Theil wenigstens mit einem *Non liquet* abgeschlossen werden muss, da der Einwurf, dass schon vor dem Trauma eine latente, weder dem Träger bewusste, noch vom Arzte nachgewiesene chronische N. ohne wesentliche Behinderung der Arbeitskraft bestanden haben kann, nicht zu widerlegen ist. Es sind hier zu nennen die Beobachtungen von Alapy und von Boissard. Dort folgten dem Sturz mit der linken Seite gegen einen Riegel heftige Schmerzen, starke Haematurie, Oligurie, Erbrechen, Collaps auf dem Fusse, während sich im weiteren Verlaufe, nachdem das Blutharnen und die Schmerzen sistirt, Albuminurie, Cylindrurie und Anasarca einstellten; hier (Fall von der 1. Etage auf die Lendengegend) fehlte bei gleichsinnigem Krankheitsverlauf die Blutausscheidung im Beginn; in beiden Fällen Heilung nach Monaten. Dann noch ein Fall (Potain), wo eine zufällige Coincidenz mit dem Trauma minder wahrscheinlich ist. Heftiger Sturz mit der linken Nierengegend auf den Boden, alsbald localer Schmerz, empfindliche Urinentleerung und Haematurie für zwei Wochen; dann vorwiegend linksseitiges Oedem des Gesichtes und der Glieder, das nach längerer Pause im nächsten Jahre wieder auftrat und sich später nochmals wiederholte; schliesslich reichlicher Eiweissgehalt des bräunlichdunklen Urins. Anders die übrigen Beobachtungen, die wenig zur Annahme einer echten traumatischen N. berechtigen oder wo höchstens eine durch den Unfall herbeigeführte Verschlimmerung des älteren Nierenleidens in Betracht kommen kann. Behörden und Reichsversicherungsamt verwerthen bekanntlich in der Fragestellung den Begriff der wesentlichen Verschlimmerung des Nierenleidens durch den Unfall immer höher, sei es in der Richtung der Einbusse an Erwerbsfähigkeit, sei es in jener des beschleunigten Lebensendes. Bei der Häufigkeit der latenten, chronischen, insbesondere interstitiellen N. — Autor kennt nicht wenige Träger richtiger Schrumpfnieren, die sich im wesentlichen wohl fühlen und von ihrem Leiden kaum bei ihrer schweren Thätigkeit gehemmt sind — und dem oft ganz unberechenbaren Verlauf der eigensinnigen Krankheit ist die praktische Bedeutung dieses Verfahrens einleuchtend. Nicht nur richtige Verletzungen des erkrankten Organs. bezüglich deren Rolle, das schon bestehende Leiden in bedenkliche Bewegung zu setzen, kein Zweifel obwaltet, kommen hier in Betracht, sondern auch die Contusion resp. Erschütterung, an welche man auffallend schnell hydropische

Erscheinungen sich anschliessen sah. Selbst die Muskelanstrengung dürfte insofern ins Gewicht fallen, als sie das infolge des chronischen Nierenleidens erkrankte Herz in unheilvoller Weise zu schädigen vermag. So hat Albu bei einem Arbeiter mit chronischer N., die ihn gleichwohl bis zum Unglückstage keinen Tag zur Unterbrechung seiner schweren Arbeit genöthigt hatte, das Zustandekommen einer acuten Dilatation und Insufficienz des secundär erkrankten Herzens, nachdem er beim Heben einer schweren Last zusammengebrochen, angenommen; der Wittve wurde, nachdem Pat.  $\frac{1}{2}$  Jahr später uraemisch zu Grunde gegangen und die Section neben der chronischen N. noch Myocarditis mit linksseitiger Herzhypertrophie ergeben, die volle Rente bewilligt. Aus seiner Praxis vermag Fürbringer nur *einen* Fall dieser Kategorie beizubringen, insofern eine Förderung der chronischen N. durch den Unfall (Sturz auf den Rücken und Kopf mit Bewusstseinsverlust) wenigstens als wahrscheinlich erachtet werden müsste. Vergessen darf man endlich nicht eine besondere Kategorie mit indirecter Vermittelung der diffusen N. durch Unfälle: Die Entstehung des Leidens durch Allgemeininfektionen traumatischen Ursprungs, insbesondere Pyaemie und Sepsis infolge inficirter Wunden. Ob der traumatischen diffusen N. Eigenthümlichkeiten gegenüber den spontanen Formen zukommen, ist eine noch offene Frage, die aber Autor zu verneinen geneigt ist. Bezüglich der Art der Einwirkung des Traumas auf die Niere, insbesondere der Contusion ohne äussere Verletzung, liegen sichere Aufschlüsse für alle Formen nicht vor. Autor möchte da Küster folgen, wenn er durch die heftige Contraction der Bauchmuskeln und des Zwerchfelles den hydraulischen Druck auf die Niere zur verstärkten Geltung unter der Voraussetzung gelangen lässt, dass die unteren Rippen nach vorwärts gerissen werden und die Niere nach unten verschoben wird. Der schädigende resp. entzündungserregende Einfluss der Quetschung oder Erschütterung der Niere, also die specielle Pathogenese, wird verständlicher, wenn man die Entstehung leichter und vorübergehender Reizungen nach Traumen, die flüchtige „traumatische Albuminurie“ ins Auge fasst, wenn man an die höheren Grade von Gewebsläsion denkt, wie sie z. B. Borchard beobachtete, der in 2 Fällen von Schädelbrüchen unmittelbar nach dem Unfall Eiweiss, rothe Blutkörperchen und granulirte Cylinder neben Zucker im Harn auftreten sah, welche abnormen Bestandtheile in 1—2 Tagen wieder ver-

schwanden. Solche Vorkommnisse, die man wohl als erste Anfänge einer N., als abortive N. deuten muss, wie die Fieberalbuminurie, und deren gelegentlicher Uebergang in eine richtige N. hier wie dort je nach der Intensität des Verlaufs und der Individualität des Trägers erfahrenen Aerzten nicht fremd sein dürfte, zählen sicher nicht zu den besonderen Seltenheiten. Man erinnere sich auch an die Albuminurie nach forcirten Märschen, Radfahrten und anderen Ueberanstrengungen, an das vorübergehende Auftreten von Eiweiss und Blut im Harn nach der Nierenpalpation, an die Vermehrung des Eiweisses bei Nephritikern nach der Nierenmassage. Allenthalben drängt sich der Begriff der Gewebsschädigung der Niere infolge Erschütterung und Bedrängung durch Druck in den Vordergrund. So dürfte also zur Zeit noch der Ertrag an jenen Fällen, in denen der Sachverständige mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit den Zusammenhang zwischen N. und Trauma bejahen darf, der Ertrag ist gross genug, um eine Warnung vor einer Ablehnung unter unvollständigen und unklaren Bedingungen zu begründen. Dies gilt nicht minder von der Frage der Erzeugung der N. durch den Unfall, als jener der wesentlichen Verschlimmerung der vormem entwickelt gewesenem Krankheit durch das erlittene Trauma.

(Aerztl. Sachverständigen-Ztg. 1903 Nr. 11.)

- **Zur Frage der inneren Erkrankungen und plötzlichen Todesfälle im Anschluss an die Heilung eines Säuglings-ekzems** ergreift Dr. Michael Cohn (Berlin) das Wort. Es ist neuerdings mehrfach berichtet worden, dass bei der Abheilung eines chronischen Ekzems bei kleinen Kindern sich Krankheitserscheinungen gezeigt hätten; selbst Todesfälle plötzlicher Art aufgetreten seien. Schon Henoch war der Ansicht, dass die Unterdrückung gewisser Hautleiden zuweilen schlimme Folgen für den Organismus nach sich ziehen könne; er beobachtete nach künstlicher Suppression eines chron. Kopfausschlags mehrmals fast unmittelbar darauf Pleuritis, Bronchitis, Diarrhoe, er sah nach rascher Heilung von Ekzema capitis et faciei bei jungen Kindern Convulsionen mit letalem Ausgang sich entwickeln. Der Zusammenhang zwischen Ekzemheilung und inneren Erkrankungen und Todesfällen wurde von anderer Seite lebhaft bestritten, letztere wurden anderen Ursachen zugeschoben. Cohn hat nun einen Fall erlebt, der als Beitrag zu dieser strittigen Frage Interesse erwecken muss. Bei einem 1 $\frac{1}{4}$ jährigen Kinde, bei dem er die Behandlung

(Ol. Zinci) eines chron. Ekzema capitis (mit starken Drüenschwellungen) einleitete, die auch sofort günstig wirkte, traten 3 Tage später die deutlichen Zeichen einer leichten N. (Oedem, Albuminurie, Cylindrurie) auf, die innerhalb der nächsten 8 Tage allmählich wieder entschwanden, während auch das Ekzem gleichzeitig völlig abheilte. Eine andere Ursache für die N. lag offenbar nicht vor, letztere hing höchstwahrscheinlich mit dem Abheilungsprocess des Ekzems zusammen, und es erhebt sich sofort die Frage, ob nicht jene unaufgeklärten Todesfälle zum Theil wenigstens als Folge einer nicht erkannten N. aufzufassen, die öfters erwähnten Convulsionen als uraemische zu deuten sind. Die Entstehungsweise einer solchen N. wäre nicht gerade in Dunkel gehüllt. Man denke daran, dass z. B. in der Abheilungsperiode acuter Infectiouskrankheiten sich nicht selten N. einstellt, wohl bedingt durch die Nierenausscheidung toxischer Infectiousstoffe. Auch beim Ekzem spielen Mikroorganismen, spec. Staphylokokken, eine Rolle. Auch sie erzeugen sicher am Locus affectionis gewisse Stoffwechselproducte, die in die benachbarten Lymphdrüsen gelangen und diese zur Schwellung bringen. Mit der Abheilung des Ekzems geht die Zurückbildung der Drüsen Hand in Hand, wobei es zweifellos zu einer Resorption der in den Drüsen vorhandenen Toxine kommt. Diese Resorption wird um so plötzlicher einsetzen, je rascher die Abheilung des chron. Ekzems sich vollzieht, je acuter also auch die Resorption der Toxine aus den Drüsen erfolgt, die rasch in die Blutbahn eindringen, durch die Nieren wieder eliminirt werden und letztere dadurch in einen entzündlichen Zustand versetzen. Das sind aber glücklicherweise seltene Vorkommnisse, die also keineswegs etwa dazu führen dürfen, dass man solche Kinderekzeme therapeutisch in Angriff zu nehmen sich fürchten sollte. Viel häufiger sind die Fälle, wo Vernachlässigung solcher Ekzeme Unheil schafft. Auch Autor hat Kinder an Erysipel, an acuter Sepsis infolge von Ekzem zu Grunde gehen sehen. Also die möglichst baldige Beseitigung des Kinderekzems muss nach wie vor jedem Praktiker am Herzen liegen!

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1903).

**Pertussis.** Vaporin, ein von ihm zusammengestelltes (Naphthen-Eucalypto-Camphora) und von Krewel & Co. (Köln) dargestelltes Präparat empfiehlt Dr. Staedtler (Bern), nachdem er damit sehr günstige Erfahrungen gemacht. Vaporin wird, mit Wasser verdampft, eingeathmet, und genügt

1 malige Verdampfung von 1 Esslöffel Vaporin mit Wasser täglich und  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  stündlicher Aufenthalt der Kinder im Verdampfungszimmer. Vaporin hat sich als gänzlich unschädlich erwiesen. Es bessert sehr bald die Erscheinungen und bringt in 10—14 Tagen P. zur Heilung; im Stadium incubationis verabreicht, wirkt es coupirend.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1903 No. 44.)

- **Zur Diagnose und Therapie der P.** ergreift Dr. W. Steckel (Wien) das Wort, vor Allem, um mitzutheilen, welche glänzende Erfolge er mit *Euchinin*, dem geschmacklosen und gefahrlosen Ersatzmittel des Chinin, erzielt hat. Es gelang ihm, damit den Verlauf der P. wesentlich abzukürzen, ja das Leiden zu coupiren, wenn er das Mittel rechtzeitig anwenden konnte. Auf möglichst frühzeitigen Beginn dieser Behandlung kommt es sehr an; beginnt man aber damit rechtzeitig, dann wirkt Euchinin fast sicher; denn von 23 Fällen versagte es nur ein einziges Mal in einem nicht ganz klaren Falle bei einem Säugling. *Man muss mit der Ordination möglichst in der ersten sogen. katarrhalischen Periode einsetzen*, da es dann meist gelingt, die Affection auf 1—2 Wochen zu beschränken. Dass es sich in dieser Periode aber um P. handelt, für diese Diagnose stehen uns einige Erkennungszeichen zur Verfügung: die merkwürdige Beschaffenheit des Harnes — derselbe erscheint auffallend blass und hat hohes specif. Gewicht (1020—1035), eine Folge des grossen Reichthums an Harnsäure — und der Umstand, dass die Kinder am Tage ruhig sind und in der Nacht zu husten beginnen; ein Husten, der sich Nachts einstellt und bei dem sich objectiv nichts nachweisen lässt, ist immer auf P. verdächtig. *Beginnt die Behandlung in diesem Stadium, dann gelingt es häufig, P. in einer Woche zu coupiren.* Auch später wirkt ja Euchinin noch günstig ein, aber je früher die Behandlung, desto rascher und energischer der Erfolg! Man muss freilich auch genügende Dosen verabfolgen. Autor giebt Säuglingen 0,2 in Suppositorien 2 mal täglich; und so steigt er von Jahr zu Jahr, immer 1 Decigr. mehr (innerlich!), 2 mal täglich, als das Kind Jahre hat (aber nicht über 0,7 per os). Wollen Kinder das Euchinin so nicht nehmen, so applicirt man es in Suppositorien in etwas höherer Dosirung, 2 Decigr. mehr, als das Kind Jahre hat (aber Einzeldosis nicht höher als 1 g). Kommt Pat. erst auf der Höhe der Krankheit in Behandlung, so ist es zweckmässig, den ersten Dosen Codein in kleinen

Dosen zuzufügen. Neben Euehinin leisten *heisse Bäder* (10—15 Minuten Abends vor dem Schlafengehen) mit flüchtiger kühler Uebergiessung des Nackens gute Dienste, namentlich bezüglich der Nachtruhe.

(Klinisch-therap. Wochenschrift 1903 No. 23.)

### **Prolapsus uteri.** Ueber eine ungewöhnliche Complication

bei der Pessarbehandlung des P. berichtet Dr. M. Näf (Oerlikon). Eine 72jährige, für ihr Alter noch sehr rüstige Frau laborirte schon viele Jahre an P., kam aber erst jetzt, da die Beschwerden ärger wurden, und bat um Abhülfe. Es fand sich ein hochgradiger P. uteri et vaginae. Operiren wollte sich Pat. nicht lassen. Autor legte nach unschwieriger Reposition des Uterus einen Hartgummiring nach Braun von ca. 8 cm Durchmesser ein, welcher sich ohne besondere Gewaltanwendung einführen liess, und der bei Pressversuchen den P. gut zurückhielt. Pat. kam nicht, wie anbefohlen, nach  $\frac{1}{4}$  Jahr zur Controle wieder, sondern ersuchte erst nach einem Jahre darum. Das Pessar lag noch richtig, es hielt den P. noch gut zurück, aber — es liess sich nicht entfernen, es war eine solche *Verengerung des Scheideneingangs und der Vulva* eingetreten, dass man auch bei kräftigstem Zuge nicht mehr als  $\frac{1}{3}$  der Peripherie des Pessars vor die Vulva befördern konnte, wobei Pat. schon über lebhafteste Schmerzen klagte und der Damm aufs Aeusserste gedehnt wurde. Autor musste den Ring mit einer Zange zerkleinern, um ihn entfernen zu können. Von einer weiteren Pessarbehandlung wollte Pat. nichts wissen, nach einigen Wochen kam sie aber wieder, da der Descensus wieder begann, und Autor überredete sie, sich einen elastischen Ring nach Meyer einlegen zu lassen. Die Unmöglichkeit, das erste Pessar zu entfernen, war nicht etwa durch das Vorhandensein von entzündlichen, etwa durch den Reiz des Fremdkörpers gesetzten Veränderungen innerhalb der Vagina bedingt gewesen, der Ring lag vielmehr völlig frei, und nur die eingetretene Verengerung des Scheideneingangs verhinderte den Austritt. Trotz des hohen Alters der Pat. und der langjährigen Dehnung durch die vorgefallenen Theile hatten die Gewebe noch so viel Vitalität, um eine der normalen ähnliche Configuration der betreffenden Genitalparthieen herbeizuführen. Andererseits war dann doch die Elasticität nicht mehr gross genug, um den Austritt des Pessars zu ermöglichen. Der Process kann als eine Art von Selbstheilung nach Fortfall des die Dehnung unterhaltenden

pathologischen Momentes aufgefasst werden, und in der That dauerte es ja auch eine Reihe von Wochen, ehe sich wieder ein einigermaassen erheblicher Descensus gebildet hatte. Therapeutisch wäre zu empfehlen zur Vermeidung solcher Unannehmlichkeiten in ähnlichen Fällen, wo die reizende Wirkung der elastischen Weichgummiringe nicht mehr zu befürchten ist, von vornherein einen solchen zu appliciren. (Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte 1903 No. 10.)

- Ueber **Prolapspessarien** sprach Prof. Zweifel. Die Martin-schen und Löhlein'schen geben guten Halt, doch ist deren Entfernung, zumal bei älteren Frauen, recht schmerzhaft. Runde Ringe sind leichter einzulegen und zu entfernen, fallen jedoch regelmässig beim Pressen heraus. Ein Stiel oder Bügel ist nothwendig, wenn die Pessarien der Bauchpresse Stand halten sollen, und die Schmerzen beim Entfernen sind zu umgehen, wenn der Stiel oder Bügel vor der Herausnahme des Ringes entfernt werden kann; denn das macht die Schmerzen, dass man den Ring nicht drehen und mit seinem grossen Durchmesser in die Rima pudendi einstellen kann. Autor hat nun bei Alex. Schädel in Leipzig ein Pessar mit an- und abschraubbarem Stift herstellen lassen (7, 6 und 5 cm). Da das Einsetzen nicht so schmerzhaft ist, soll das Pessar mit sammt dem Stift eingesetzt werden, beim Herausnehmen aber wird an den (vierkantigen) Stift eine Kornzange oder ein Tupferhalter gelegt und solange die Schraube rückwärts gedreht, bis der Stift allein herauskommt; dann kann ein Finger zwischen den Ring und den queren Bügel eingesetzt, der Ring in die Sagittalebene gedreht und mit grösster Leichtigkeit entfernt werden.

(Gesellschaft f. Geburtshilfe zu Leipzig. 20. IV. 1903. — Centralblatt f. Gynaekologie 1903 No. 26.)

**Rheumatismen.** Mesotan wandte Dr. K. Liepelt (Krankenhaus Bethanien, Berlin) bei mehr als 30 Fällen von acutem Gelenkrheumatismus an, meist schweren Fällen, mit Herz- und Pleuraaffectionen complicirt. Jedes schmerzhafte Gelenk wurde mit einem Theelöffel eines Gemisches von gleichen Theilen Mesotan und Olivenöl vorsichtig ohne stärkeren Druck eingerieben und die betreffende Stelle mit Watte oder Billrothbattist bedeckt. Die Einreibung wurde 3 mal täglich vorgenommen. Sie wirkte vortrefflich, am besten in frischen Fällen von Polyarthritis rheumatica, wo wirklich viele Gelenke befallen waren. Als zweckmässig erwies



sich, gleichzeitig intern *Aspirin* in kleinen Dosen zu geben, (2—4 mal tägl. 0,5). Auch Mesotanpflaster bewährte sich öfters. Bei den verschiedenen Formen des Muskelrheumatismus führte der alleinige Gebrauch von Mesotan sehr oft zum Ziele. Natürlich versagt Mesotan manchmal auch; doch war die Zahl der Fälle, wo gar kein Erfolg eintrat, eine kleine.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 16.)

- Zur **Mesotananwendung** bringt Meissner (Berlin) Einiges, was er von collegialer Seite erfahren hat. So werden, um die Wirksamkeit des Medicamentes bei Rh. zu erhöhen und Reizerscheinungen fernzuhalten, statt des einfachen Gemisches mit Ol. Olivar. folgende empfohlen:

Rp. Mesotan. 30,0  
Chloroform. 20,0  
Ichthyol. 10,0  
Ol. Olivar. 40,0

Rp. Mesotan.  
Ichthyol. aa 20,0  
Ol. Olivar. 60,0

Rp. Mesotan. 30,0  
Vasogen. 50,0.

Mesotan wurde schon von verschiedenen Aerzten mit Vortheil bei *Erysipel* und *Pleuritis* benützt.

(Die Medic. Woche 1903 No. 24.)

- **Rheumasan**, eine überfettete Salbenseife mit 10% freier Salicylsäure, hat sich bereits als äusserlich verwendbares Salicylpräparat bewährt. Das Präparat hat jetzt noch insofern eine Verbesserung erfahren, als es mit Salicylsäure-Estern gesättigt worden ist, wodurch eine Erhöhung des Gesamtsalicylgehaltes und die Möglichkeit einer noch schnelleren und intensiveren Resorption des Salicyls bewirkt worden ist. Dies *Ester-Dermasan*\*) hat nun Dr. R. Pfeiffer (Prof. Hoffa'sche Klinik, Berlin) bei verschiedenen Affectionen angewandt. 5—10 g wurden 1—2 mal täglich leicht auf die erkrankten Theile aufgestrichen, die dann mit unentfetteter Watte umhüllt wurden. Bei *acuten Muskelrheumatismen* trat sofort Nachlass der Schmerzen und sehr bald vollständige Heilung ein. Ebenso wurden 3 Fälle von sehr schmerzhafter *Arthritis deformans* mit

\*) Rheumasanfabrik Berlin No. 4, Invalidenstr. 101.

gutem Erfolge behandelt, ebenso ein Fall hartnäckiger *Ischias*. Schmerzlindernd wirkte das Mittel auch bei *tabischen* Schmerzen, bei durch acute Ergüsse bewirkten Gelenkschmerzen und bei Schmerzen infolge von *Spondylitis*. Unangenehme Nebenwirkungen zeigten sich nicht, doch darf das Präparat, um stärkere Hautreizungen zu vermeiden, nicht etwa fest einmassirt werden.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1908.)

- Seine Erfahrungen über **luetische Rheumatoide** theilte Privatdoc. Dr. H. Singer (Wien) mit. Zwar existirt bereits eine kleine Litteratur über dies Thema, aber merkwürdigerweise hauptsächlich von Syphidologen, Chirurgen und Anatomen herrührend, während den Internen die syphilitischen Arthropathien ziemlich fremd geblieben zu sein scheinen. Gerade für die Internen aber ist die Kenntniss dieser Formen von grosser Wichtigkeit, da die Aehnlichkeit mit dem acuten polyarticulären Rheumatismus bei den sogen. secundären Formen eine auffällige ist und die Uebereinstimmung der in den späteren Stadien der erworbenen resp. hereditären Lues und auftretenden Gelenksaffectionen mit denjenigen Formen, welche wir unter dem Complex der chronisch-rheumatischen Erkrankungen zusammenfassen, eine Entscheidung nach aetiologischer, pathogenetischer und therapeutischer Hinsicht im Einzelfalle sehr wünschenswerth machen. Autor berichtet nun über 5 in den letzten Jahren gemachte Beobachtungen, die zunächst dadurch bemerkenswerth sind, dass sie nicht den acuten Charakter der sogen. luetisch-rheumatischen Affectionen zeigten und nicht in das acute Stadium luetischer Eruption fielen, sondern sämmtlich dem Spätstadium der Erkrankung angehörten und meist die Charaktere der chronisch-rheumatischen Arthritis, resp. Myositis, Osteoperiostitis und Tendovaginitis trugen. Wo die Arthropathie mitten unter sonstigen dominirenden, luetischen Erscheinungen zur Beobachtung kommt, fällt es nicht schwer, ihre Qualification als luetische anzuerkennen; schwieriger schon gestaltet sich die Beurtheilung bei den Fällen, welche unter Verschleierung der luetischen Grundlage erst durch anamnestiche Erhebungen und andere Befunde als solche declarirt werden müssen. Allerdings fallen ja auf die Indolenz und Torpidität der Erscheinungen; Arthritis, Kapselverdickung, Periostitis, Knochenauftreibungen etc. bestehen oft Jahre lang, ohne, wie dies bei den sonstigen, entzündlichen, namentlich den rheumatischen Processen der Fall ist, zu hochgradigen Functionsstörungen

zu führen. Die Schmerzhaftigkeit, welche entzündlichen rheumatischen Processen eigen ist, ist bei dieser Form nie so gross. Fieber fehlt meist, oder ist nur ganz mässig vorhanden. Tuberculöse Processe führen ja ziemlich bald zu schweren Destructionen. Bei denluetischen Formen sieht man nicht selten, dass trotz jahrelangen Bestehens und unzweckmässiger Behandlung die Veränderungen in den Gelenksconstituentien nur mässige sind, sodass durch specifische Behandlung ganz augenfällige Restitutionen erzielt werden können. Freilich müssen wir uns oft genug doch durch Sicherstellung von Begleitsymptomen in unserem diagnostischen Raisonnement leiten lassen. Wichtig ist hier der Nachweis von Knochenaufreibungen, bei Frauen Aborte, Frühgeburten, der Charakter der Schmerzen, welche manchmal trotz scheinbar hochgradiger Gelenksveränderungen die Activität der betreffenden Gelenke nur mässig alteriren: Der meist fieberlose Verlauf, die Steigerung der Schmerzen während der Nacht und das höchst seltene Vorkommen von Herzaffectationen. Allerdings verlaufen manchmal auch chronische Gelenksaffectationen anderer Provenienz, z. B. die chronisch-gonorrhoeischen Arthritiden, ähnlich. Die eclatante Beeinflussung durch Jod und Hg ist aber keiner Form so eigenthümlich, wenngleich die Erfahrungen der letzten Jahre den Autor belehrt haben, dass auch bei Staphylokokken- und Streptokokkeninfectionen diese Behandlung an den Gelenken oft überraschende Wirkungen entfaltet. Auch in unklaren Fällen ist es darum unsere Pflicht, event. eine specifische Therapie einzuleiten, durch die man oft Pat. überraschend schnell bessern oder heilen wird, die Jahre lang alle möglichen Behandlungsarten ohne Erfolg über sich hatten ergehen lassen müssen.

(Wiener med. Wochenschrift 1903 Nr. 21.)

**Rhinitis.** Ueber **neuere Erfahrungen über das Wesen und die Behandlung des Heufiebers** lässt sich Dr. Arth. Thost (Hamburg) aus. Vor kurzem hat Dunbar einwandsfrei nachgewiesen, dass ein in den Pollen der Gramineen enthaltenes Gift der Erreger des Heufiebers ist, und zwar die in dem innersten Theile der Pollen enthaltenen Stärkekörner resp. ein mit diesen verbundener Eiweissstoff. Bei allen zu Heufieber Disponirten gelang es damit, die Symptome des Heufiebers auch im Winter zu erzeugen, während nicht Disponirte davon völlig frei blieben. Leicht löst sich das Gift und auch die Pollen im Speichel, in der Thränenflüssigkeit, im Nasenschleim und Blutserum; der Heufieber-

erreger ist also ein lösliches Gift. Bei den Versuchen wurde das Gift in Nase und Augen gebracht und löste bei den Disponirten sofort heftiges Niesen, Thränen, Jucken, Verschluss der Nase, allgemeines Krankheitsgefühl aus. Subcutan injicirt, erzeugte es ausser den Symptomen des Heufiebers in Nase und Augen, heftigen Schwindel und auch in den tieferen Luftwegen ein kratzendes Gefühl, Heiserkeit, Brustschmerzen, inspiratorischen Stridor, Athembeklemmung, starkes Jucken am ganzen Körper. Bei den so behandelten Pat. wirkte nach der subcutanen Injection ein sonst sehr wirksames Pollengift in Auge und Nase so gut wie nicht reizend. Das Gift in derselben Stärke wirkte bei nicht Disponirten entweder garnicht oder nur an der Injectionsstelle mit mässiger Reaction. Also das Pollengift erzeugte nicht nur den Heuschnupfen, sondern auch die schwerere Form, das Heuasthma. Es wurde nun damit (Injection an Kaninchen, Ziegen, Pferden) ein *Serum* hergestellt, das bei Heufieberkranken keine Symptome hervorrief; dieselben reagirten auch nach einiger Zeit auf den Reiz, den frische in Nase und Auge gebrachte Pollen sonst erzeugten, nicht; diese Unempfindlichkeit war aber meist schon Tags darauf vorüber. Wurde dieses Serum in vitro mit dem Pollentoxin vermischt, so brachte diese Mischung bei Disponirten keine Reize hervor, ebenso konnte die durch Pollentoxin stark gereizte Conjunctiva und Nasenschleimhaut sofort unempfindlich gemacht werden, wenn das Serum in Nase und Augen geträufelt wurde. Es sind nun diese Versuche jetzt bei einer sehr grossen Zahl von Heufieberpatienten ausgeführt worden und haben ausnahmslos bei ihnen die geschilderten Symptome erzeugt, während nicht Disponirte nicht davon berührt wurden. Ob dieses Serum imstande ist, Heufieber selbst zu beseitigen, wie das durch Pollentoxin künstlich erzeugte, das müssen erst Versuche lehren; wahrscheinlich wird es der Fall sein. Das Serum soll nur an Aerzte abgegeben werden (man wende sich an Prof. Dunbar, Hygien. Institut Hamburg). Aber selbst wenn es völlige Heilung nicht bewirkte, hätte es grossen differentialdiagnostischen Werth, da es echtes Heufieber von fälschlich so benannten Zuständen unterscheiden lehrte. Es steht jetzt fest, dass Heufieber nichts weiter ist, als eine Idiosynkrasie Einzelner gegen ein in den Pollen der Gramineen enthaltenes Gift. Letzteres ist nur wirksam während der Gräserblüthe, die in Deutschland meist 6 Wochen dauert, und die nach der Lage der Gegend schwankt zwischen Ende April bis Ende August. Für Ham-

burg muss als Beginn der 3. bis 4. Juni, für das Ende der Heufieberzeit die 2. Hälfte des Juli gelten. Diese Zeit fällt für Norddeutschland mit der Zeit der Roggenblüthe zusammen, und alles spricht dafür, dass in Norddeutschland diese Getreideart der Haupterreger des Heufiebers bildet. Alle anderen, zu anderen Zeiten durch andere Ursachen bedingten nervösen Schnupfen und Katarrhe der oberen Luftwege haben mit „Heufieber“ nichts zu thun. Da aber das Heufieber durch andere Krankheiten geschwächte Personen befällt, Leute, die an Gicht, chron. Veränderungen der oberen Luftwege, Veränderungen des Herzens und der grossen Gefässe, Neurasthenie leiden, so zeigt sich hier das Leiden oft in sehr complicirter Form. Daneben findet man eine grosse Zahl von Pat., die sich das ganze Jahr völlig normal verhalten, und die doch zur Heufieberzeit schwer zu leiden haben, allerdings meist nur an Heuschnupfen, nicht an Heuasthma. Fest steht ferner, dass das Heufieber fast ausschliesslich Personen der gebildeten Stände befällt, Männer und Frauen, die geistig und körperlich rege sind und die bei starker geistiger und körperlicher Anstrengung im Sommer ins Freie müssen. Für die Behandlung müssen gewisse Momente als wirksam gelten, die, wenn auch das Dunbar'sche Mittel sich als therapeutisch wirksam erweisen sollte, doch ihren Werth behalten werden. Bei Pat., bei denen das Heufieber mit anderen Affectionen verbunden ist, müssen diese vor Beginn der Heufieberzeit möglichst energisch behandelt werden, damit der Pat. gekräftigt dieser Zeit entgegengeht. Alkohol, Tabak, starke Gewürze und Reizmittel sind zu vermeiden, der Körper durch Luft, Waschungen etc. abzuhärten. Aufenthalt in kühlen Räumen bei fest geschlossenen Fenstern, Schliessen der Wagenfenster bei Reisen giebt einen gewissen Schutz. Local kommen für das Auge kühle Waschungen, Einträufeln von Cocain, Eucain etc., auch Adrenalin in Betracht, desgleichen für die Nase in etwas stärkerer Concentration hier applicirt. Spülungen der Nasenschleimhaut mit lauwarmer Kochsalzlösung (Nasenschiffchen), Einfetten der Nase, Verschliessen derselben mit Menthol- oder Formanwatte, Sprays hoch in die Nase, gegen das blendende Licht gefärbte Gläser, am besten Klemmer, die den oberen Theil der Nase zusammendrücken, schützen. Da schon das vorgehaltene Taschentuch oder weisse, über den Kopf gezogene Schleier aus Seidengaze auf der Reise guten Schutz geben, sind in den letzten Jahren kleine Nasenfilter construirt worden, von denen das praktischste der von

Schmidthuisen angegebene Nasenöffner ist, den Mohr mit einer handlichen Vorrichtung zum Einklemmen des Wattefilters versehen hat (zu beziehen von Krauth, Hamburg, Gänsemarkt 58). Als Roborans hat Chinin immer gute Dienste gethan, gegen schweres Asthma die bekannten Asthmaräucherpulver, event. Jod. Bei der Wahl von Curorten, unter denen während der Heufieberzeit Helgoland obenan steht, ist zu bedenken, dass die Pat., die in der Ebene eben ihr Heufieber überstanden haben, nicht in höher gelegene Gebirgsorte geschickt werden, wo die spätere Grasblüthe ihnen neue Gefahr bietet.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 Nr. 23.)

- In seinem Aufsatz: **Zur Behandlung des nervösen Schnupfens** betont Doc. Dr. L. Réthi (Wien) zunächst, dass das Bild des nervösen Schnupfens nicht immer das gleiche ist. Für gewöhnlich versteht man darunter jene Form von Schnupfen, die ganz plötzlich einsetzt, nach kürzerem oder längerem Bestande plötzlich verschwindet und durch gewisse Nebenerscheinungen ihre Abhängigkeit vom Nervensystem documentirt. Diese *Rh. vasomotoria* kann durch Einwirkung gewisser Gerüche, durch gewisse Gräser („Heufieber“) u. s. w. erzeugt werden. Man findet bei der Untersuchung das Bild einer heftigen acuten Rh., die Schleimhaut allenthalben, namentlich an den unteren Muscheln und an der Nasenscheidewand stark geröthet und geschwellt, die Schwellkörper stark mit Blut gefüllt. Es giebt nun aber Fälle, wo die Schleimhaut gerade blass und dünn ist, die Nasengänge sehr weit, eine starke wässrige Absonderung stattfindet; das ist die *Hydrorrhoea nasalis*. Bei der 1. Form hatte Autor therapeutisch am meisten Erfolg von der partiellen Abtragung der Schleimhaut der unteren Muscheln, oft in Combination mit Aetzung der mittleren Muschel und des Septums. Bei der 2. Form lassen oft alle Mittel im Stich. Autor hat jetzt einige Fälle mit *Adrenalin* (1 : 1000) behandelt und gute Erfolge erzielt, sodass dies Mittel des Versuches werth erscheint.

(Wiener med. Wochenschrift 1903 No. 28.)

**Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett.** Ein einfacher, praktischer **Uterus - Dilatator** wird von Dr. Krall (Dresden) angewandt. Er besteht aus 3, resp. 8 Armen, welche durch einen Conus gleichmässig auseinandergetrieben werden, während gleichzeitig eine Uhr die geringste Spreizung der Schenkel zeigt und in Millimetern

33\*

angiebt. Beim Schliessen drückt die untere Platte des Conus die mit einer Zunge versehenen Schenkel zwangsweise zusammen. Die Schenkel selbst, welche leicht einsetzbar und abnehmbar sind, hängen in einer auf einem einfachen Handgriff befindlichen, mit 8 Einschnitten versehenen Platte, durch welche die Triebsschraube des Conus hindurchgeht. Die Vorzüge dieses Instrumentes sind folgende:

1. Der Dilatator vereinigt 2 Instrumente. Ist nämlich die Portio zapfenförmig und der Muttermund geschlossen, oder soll der Cervicalcanal zur Austastung für den Finger durchgängig gemacht, soll ferner die nachträgliche Dehnung des inneren Muttermundes, z. B. nach einer Discission, vorgenommen werden, so kommt der 3armige Dilatator mit gekrümmten Schenkeln zur Anwendung. Ist jedoch der Muttermund schon für einen Finger durchgängig oder mit dem 3armigen Dilatator durchgängig gemacht worden, dann werden die 3 gebogenen Schenkel durch 8 Arme mittelst leichten Handgriffs ersetzt.
2. Das Instrument ist so einfach construirt, dass es sehr leicht gereinigt und trocken sterilisirt werden kann, fast nie einer Reparatur bedarf und billig ist (60 Mk. und ohne die 3 gebogenen Schenkel 52 Mk. bei A. Bürger, Dresden).
3. Trotzdem hat es alle Vorzüge anderer ähnlicher Instrumente. (Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 21.)

— **Die sofortige Entbindung ist die beste Eklampsiebehandlung!**

Dies die Quintessenz eines Artikels von E. Bumm (Universit.-Frauenklinik Halle a. S.), in welchem derselbe seine Erfahrungen mittheilt. Die Beobachtungen der letzten 2 Jahre haben in ihm die Ueberzeugung hervorgerufen, dass man überall da, wo man die Eklampischen kurz nach den ersten Anfällen, bei noch gutem Puls und mit intacten Lungen zur Behandlung bekommt, in der Regel durch die sofortige Entleerung des Uterus einen günstigen Ausgang erzielen wird, und dass durch die allgemeine Durchführung dieses Behandlungsprinzips die Mortalität der Eklampsie auf den 4. Theil ihrer jetzigen Höhe, also auf ca. 5% herabgedrückt werden kann. Je mehr sich der Grundsatz, nicht abzuwarten oder auch nur die Geburt zu beschleunigen, sondern *sofort zu entbinden*, in der Praxis Geltung verschaffen wird, desto seltener wird man unheilbare Fälle mehr zu Gesicht bekommen. Die active ge-

burtshülffliche Behandlung der Eklampsie ist einfach, wenn die Krankheit erst im Laufe der Geburt zu einer Zeit ausbricht, wo die Eröffnung des Gebärmutterhalses bereits im Gange oder schon vollendet ist. Bei gut erweitertem Muttermund kommen je nach dem Stande des Kopfes Zange oder Wendung in Frage, bei todtm oder sterbendem Kinde die Perforation. Ist der Halscanal theilweise entfaltet, aber für das Einführen der Zange oder der Hand noch zu eng, so empfiehlt sich für die allgemeine Praxis am meisten die combinirte Wendung auf den Fuss mit nachfolgendem permanenten Zug an der herabgeholten Extremität. Man kann bei dieser Methode mittelst des Steisses den Muttermund ebenso rasch und kräftig dilatiren, wie mit Gummiballons, deren Einführung für den Praktiker stets complicirter ist, als die Wendung und der Zug am Fuss. Auch die Metaldilatoren (Bossi) lassen sich vollständig durch die dilatirende Wirkung des Steisses ersetzen, der viel schonender und mit geringerem Risiko einer Cervixzerreissung die Erweiterung zu Stande bringt. Autor macht sich anheischig, bei entfaltetem Halscanal, aber nur für 1 Finger durchgängigen Muttermund, die zur Extraction nöthige Erweiterung mit dem Steiss in 10—20 Minuten, also ebenso schnell wie mittelst Metaldilators, zu bewerkstelligen. Alle Dilatationsmethoden lassen im Stich oder führen doch nur durch Zerreiassungen zum Ziele, wenn bei noch völlig erhaltenem Halscanal die rasche Entleerung des Uterus vorgenommen werden soll. Man empfahl da den Kaiserschnitt. Aber wie schwer entschliesst sich der Praktiker hierzu, wo nimmt man die nöthige Assistenz etc. her! So ist es gerade bei den schwersten Erkrankungsfällen, wo sich die Convulsionen schon in der Gravidität oder ganz zu Beginn der Geburt einstellten, bei einer symptomatischen Behandlung geblieben, die Frauen starben entweder unentbunden oder sie wurden doch viel zu spät in einem Zustand entbunden, wo die Entleerung des Uterus nicht mehr helfen konnte. Für solche Fälle besitzen wir heute in dem „vaginalen Kaiserschnitt“ Dührssen's ein tadelloses Verfahren, das sich noch insofern vereinfachen lässt, als man sich auch im letzten Moment der Gravidität und bei reifen Früchten mit der Spaltung der vorderen Cervix- und Uteruswand, der Hysterotomia vaginalis anterior, begnügen kann. Dieser Eingriff erfordert nicht mehr Vorbereitungen, als jede andere geburtshülffliche Operation, er erlaubt zu jeder Zeit der Schwangerschaft oder Geburt den Uterus in 10—15



Minuten zu entleeren, er bedingt keine Eröffnung des Peritoneums. Wenn man auch die exakte Ausführung nicht von jedem Arzte fordern kann, so sind doch jetzt auch schon in so vielen kleineren Städten Spezialisten, dass man wohl auch in schweren Fällen von Eklampsie die Entbindung noch rechtzeitig wird bewerkstelligen können. Was für die ausgebrochene Eklampsie gilt, darf auch in den vorbereitenden Stadien der Erkrankung nicht unbeachtet bleiben. Man wird bei den schweren Formen der Schwangerschaftsnephritis nur dann ein längeres Zuwarten verantworten können, wenn durch Ruhe, Milchdiät, heisse Wickel und diuretische Mittel die Oedeme zurückgehen, die Urinmenge steigt und der Eiweissgehalt des Harnes abnimmt. Verschlimmert sich trotz eines geeigneten diätetischen Verhaltens die Nephritis, dann ist Unterbrechung der Schwangerschaft das beste Mittel, um die Pat. vor grösseren Gefahren zu bewahren.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 21.)

- **Ueber Anwendung des Kolpeurynters zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt.** In Rücksicht auf den von uns in Heft 8 gebrachten Artikel stellt uns ein *prakt. Arzt*, Herr Dr. G. Ziegler (Aichstetten) folgende Mittheilung über einen Fall zur Verfügung, bei welchem bei einer III. p. wegen engem Becken die Frühgeburt eingeleitet werden musste:

„Zunächst brachte ich die Krause'sche Methode in Anwendung. Da Wehen nicht ausgelöst wurden, erfolgte die Entfernung von Bougie und die Einführung eines Kolpeurynters (Abends 6 Uhr), der durch Luftpumpen zur Ausdehnung gebracht wurde. Schon nach  $\frac{3}{4}$  Stunden ( $\frac{3}{4}$  7 Uhr) wurden kräftige Wehen ausgelöst, die auch anhielten. Nach  $11\frac{1}{2}$  Stunden ( $\frac{1}{2}$  6 Uhr früh) wird der Kolpeurynter ausgestossen. Muttermund vollständig erweitert. Blase noch stehend. Nun sofort Eingehen und Wendung auf beide Füsse; hierauf Blasensprengung und anschliessende Extraction des Kindes. Narkose kam nicht in Anwendung. Als grossen Vortheil gegenüber der Krause'schen Methode betrachte ich die wesentliche Abkürzung der Dauer der Geburt bei der Anwendung des Kolpeurynters, welcher Zeitgewinn für die Aerzte in der Landpraxis von eminenter Bedeutung ist. Durch die Abkürzung der Dauer der Geburt wird zugleich auch eine Herabsetzung der Zahl der inneren Untersuchungen bewirkt. Befinden der Mutter war ein vorzügliches. Es trat weder eine Blutung noch

auch eine Temperatursteigerung ein. Kind lebend geboren, war ganz munter und frisch. Erlag nach vier Wochen jedoch einem acuten Darmkatarrh“.

### **Sepsis. Intravenöse Collargolinjectionen bei septischen**

**Krankheiten** zu machen, empfiehlt Dr. H. Schmidt (Stadtkrankenhaus Dresden-Johannstadt) den Praktikern, indem er auf 24 Krankengeschichten hinweist, die den Werth dieser Therapie bezeugen. Es wird jetzt ein verbessertes Präparat dargestellt, silberglänzende Schuppen und Körner, die sich im Verhältnisse 1:20 vollkommen in destillirtem und reinem Brunnenwasser lösen. Es verändert sich auch bei längerem Aufbewahren in Wärme und Kälte nicht und ist als concentrirte Lösung, ohne vor Licht und Wärme besonders geschützt werden zu müssen, lange Zeit, ohne sich zu verändern oder abzusetzen, aufzubewahren. Autor räth den Praktikern, in weithalsigem, braunem Gefässe sich 25 g einer 5 %igen Lösung vorrätzig zu halten und für eine gute Pravaz'sche Spritze mit etwas stärkeren Ansätzen zu sorgen. Obwohl kaum anzunehmen ist, dass sich diese Lösung im Laufe von Monaten zersetzt, so würde ein einfaches Verfahren sofort klarstellen, ob sie noch brauchbar ist: wenn nämlich von der Lösung etwas in destillirtes oder reines Wasser gegossen wird, so muss sich eine braune, klare Färbung zeigen, während bei zersetztem Präparat eine graue Suspension entsteht. Von dieser 5 %igen Lösung injicirt man nun 0,05—0,1 Collargol, was man in schweren Fällen nach 24 evtl. schon 12 Stunden wiederholt. Autor hat Fälle von septischer Osteomyelitis, Polyarthrit. von Erysipel, Septikämie, Puerperalfieber etc. so behandelt und eclatante Wirkungen gesehen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 Nr. 15 u. 16.)

- Zur Kenntniss der **Pyocyaneussepsis** publicirt Privatdocent Dr. A. Kühn (medic. Klinik Rostock) einen interessanten Fall. Der 31jährige Mann erkrankte acut an einer Krankheit, deren diagnostische Deutung zunächst grosse Schwierigkeiten bot. Manches liess direct an einen Abdominaltyphus denken. Die Diazoreaction fiel positiv aus, es war Leberschwellung und Milztumor (dieser allerdings collossaler, als sonst bei Typhus) zu constatiren, es fand sich Roseola am Abdomen, es bestand hohes continuirliches, theils allerdings auch intermittirendes Fieber mit Schüttelfrösten; die Leukocytenzahl, anfangs normal, nahm immer mehr ab. Gegen Typhus sprach das Fehlen der relativen Pulsverlangsamung,

schwerer Allgemeinerscheinungen und Benommenheit (die erst später eintrat) trotz des hohen Fiebers; Widal fiel negativ aus. Auch die Obduction schaffte keine Klarheit; speciell der Darm erwies sich als vollkommen intact. Es konnte sich freilich um einen Typhus ohne Darmaffection handeln. Nun wurde 1 Stunde post mortem die Milzpunction ausgeführt. Und das brachte endlich Aufklärung. Es fand sich Pyocyaneus in Reincultur. Es lag also Pyocyaneussepsis kryptogenetischen Ursprungs vor. Die Diagnose solcher Fälle ist noch sehr schwer, obwohl die bisherigen Beobachtungen manches Charakteristische boten: Plötzlicher Beginn, hohes continuirliches Fieber mit Schüttelfrösten, geringe Allgemeinerscheinungen, Milz- und Leberschwellung, starke Pulsbeschleunigung (freilich war die Pulszahl im obigen Falle einmal 90 bei 40,4° Temp.), Erbrechen und Durchfall (fehlten oben). Auch auffallende haemorrhagische Diathese wird als charakteristisch angegeben; Pyocyaneus besitzt starke blutkörperlösende Eigenschaft, und manche nehmen sogar an, dass Melaena neonatorum eine Pyocyaneusaffection ist. Oft wurde eine Enteritis haemorrhagica gefunden. Diese fehlte hier, dagegen hatte Pat. heftiges Nasenbluten, eine Stichöffnung am Ohr blutete sehr lange, und auch Roseola wies ja Pat. auf. Wenn also auch zur Zeit die klinische Diagnose der Pyocyaneussepsis noch manche Schwierigkeiten bietet, so zwingt doch das vorliegende Beobachtungsmaterial über die Pathogenität des Bacillus des grünen Eiters zu der Notwendigkeit, denselben bei der Aetiologie der S. stets zu berücksichtigen. (Centralblatt f. innere Medicin 1903 Nr. 24.)

- Zur Frage der **diffusen septischen Magenblutungen** ergreift Dr. E. Fuchsig (Kaiser Franz Joseph-Spital, Wien) das Wort. Es giebt eine septische diffuse Magenblutung, die am häufigsten bisher bei Epityphlitis beobachtet worden ist. Aber auch im Verlauf anderer septischer Processe sah man schwere Magenblutungen auftreten, während die Section nur vereinzelte, manchmal gar keine Ulcerationen aufdeckte. Autor erlebte nun bei einem an phlegmonöser Epityphlitis erkrankten 13jähr. Knaben eine solche tödtliche Magenblutung. Es wurde die Schleimhaut mikroskopisch und histologisch genau untersucht. Die makroskopische Untersuchung ergab neben in der Schleimhaut liegenden, fast diffusen punktförmigen Haemorrhagieen auch die als haemorrhagische Erosionen bekannten Epitheldefecte; *wirkliche Ulcerationen fehlten*. Dieser Befund wurde auch histo-

logisch bestätigt. Es fehlten also Befunde, die als Folgen der fortschreitenden Selbstverdauung anzusehen wären, *die Magenblutungen mussten Folge der septischen Intoxication gewesen sein.* Es ist also hier nicht etwa die Schleimhautnekrose das Primäre, sondern es greifen auch in der Magenschleimhaut, wie anderwärts bei septischen Blutungen, die Toxine die Gefässwand an. Die Blutung ist also die primäre und oft auch einzige Sequenz der Toxinwirkung. Dass es in der Folge auch zur Geschwürsbildung durch die Wirkung des Magensaftes kommen kann, ist natürlich, da ja nur die intacte Circulation in der Magenwand die Selbstverdauung aufhält. Die Wirkung der Toxine auf die Capillaren ist wohl so zu denken, dass die Alteration eine Durchlässigkeit der Capillarschlingen für die rothen Blutzellen bewirkt, die Blutung also als hochgradige Diapedese aufzufassen ist; unaufgeklärt bleibt noch, wie die ausgetretenen Blutzellen auch durch die normale Schleimhaut an die Oberfläche gelangen, ebenso wie noch die Frage offen steht, warum es überhaupt zu dieser Art von Toxinwirkung kommt, da doch bei der Unzahl der septischen Erkrankungen diese diffusen Magenblutungen zu den Seltenheiten gehören.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 25.)

### **Tetanus.** Ueber einen schweren Fall von T. traumaticus

berichtet Dr. Herrmann (Nauen). Der 10jähr. Knabe fiel von einem Baume und trat sich dabei ein Stück Holz in einen Fuss. Nach einigen Tagen entwickelte sich hier eine ausgebreitete Phlegmone, am 7. Tage traten die ersten Erscheinungen des T. hervor. Interessant bei dem Falle waren:

1. *Die ausserordentlich schweren Symptome.* Vom Gesicht und Kopf an war jeder Skelettmuskel starr, Pat. lag steif wie ein Stock da. Alle 4 Extremitäten waren abducirt, jede in einen Winkel von 60° zum Rumpf; die Plantarflexion der Füße zum Unterschenkel war so stark, dass der Metatarsus zum Crus eine gerade Linie bildete. In Narkose hörte die Starrheit auf, mit Ausnahme der verletzten Extremität. Der Leib war bretthart, der Brustkorb total starr, alle Athmungsmuskeln verharrten in absoluter Starre, sodass Athmung nur mit Hülfe des Diaphragma möglich sein konnte.
2. *Die Toleranz gegen Narcotica.* Pat. erhielt 3 mal täglich je 1 g Chloralhydrat per Klysma, im Ganzen 70 g, ausserdem die ersten Tage pro die auf einmal 0,005 Morphinum subcutan und Brom noch innerlich.

Auch wurde er in den ersten 8 Tagen 4mal behufs Verbandwechsels narkotisirt. Trotzdem war er nach Ablauf des T. vollkommen munter. Das Herz functionirte vorzüglich. Die Furcht vor grossen Dosen von Narcoticis bei Kindern in gewissen Fällen ist also jedenfalls übertrieben. Das erfuhr Autor kürzlich auch bei einem 1½jähr. Kinde auf Atropin-Cocainvergiftung, das bei sehr schweren Vergiftungserscheinungen zuerst stündlich 0,005 Extr. Opüi, dann 0,01 g erhielt, bis nach Ablauf von ca. 15 Stunden 0,15 Opium verbraucht war; das Kind genas ohne weitere Störung mit Ausnahme einer starken Obstipation.

3. *Das Versagen des Tetanusantitoxin*, das zudem noch sehr theuer ist (10 Mk. pro injectione von 200 I.). Die beiden gemachten Injectionen hatten weder auf den Verlauf, noch auf die Schwere der Symptome irgendwelchen Einfluss. Wenn Pat. später genas, so war dies wohl zum Theil wenigstens der anderen Therapie zu verdanken, die bei jedem Falle ausser dem Antitoxin ins Treffen geführt werden muss.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 10.)

- Ueber einen **Fall von Kopftetanus mit seltener Aetiologie** berichtet Dr. A. Schütze (Institut für Infektionskrankheiten Berlin). Eine auf dem Lande wohnende Frau wurde *von einem Pfauhahn tief in die Stirn gebissen*. Nach einiger Zeit bildeten sich Facialislähmung, Trismus etc. aus. Das Leiden hatte sich schon etwa 4 Wochen hingezogen, als die Frau in das Institut kam, wo Tetanusserum injicirt und die kleine eitrige Wunde an der Stirn, die noch immer bestand, genau untersucht wurde. Man fand darin einen Fremdkörper, der nichts anderes war, als die äusserste Schnabelspitze des Pfaues, die beim Biss abgebrochen war. An dieser Spitze aber hafteten, wie die Thierversuche klar nachwiesen, Tetanuskeime. Hausvögel auf dem Lande haben die Gewohnheit, sich Nahrung aus dem Düngerhaufen zu holen, und in diesen sind in manchen Gegenden Tetanuskeime in grosser Menge enthalten. Die Pat. genas.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 23.)

**Tuberculose.** Sanosin hat Dr. L. Danelius bei Phthisikern mit sehr bemerkenswerthen Erfolgen angewandt. Sanosin ist eine aus gepulverten Blättern und dem Oele der australischen Eucalyptus citriodora maculata, Schwefelblumen und

und Holzkohle bestehende Mischung, ein grauschwarzes Pulver, das wegen der grossen Flüchtigkeit des Eucalyptus-öls nur in der Menge von 2 g als Einzeldosis in kleinen, luftdicht verschlossenen Glastuben dispensirt wird. Das Pulver wird vermittelst eines Spiritus-Gas-Apparates auf einer Thon- oder Chamotteplatte erhitzt; es entwickeln sich hierdurch Dämpfe, die wesentlich dem Eucalyptus-Oel resp. Blättern, in geringerem Maasse der schwefligen Säure entstammen. Der Pat. athmet die in der Zimmerluft vertheilten Dämpfe bei geschlossenen Fenstern und Thüren während der ganzen Nacht, event. auch mehrere Stunden am Tage ein. Es genügt im Allgemeinen, den Apparat 15 Minuten brennen zu lassen; bei grosser Reizbarkeit der Schleimhäute kürzt man die Brenndauer auf 12 Minuten ab; später, wenn der Hustenreiz verschwunden ist, kann der Apparat 15—20 Minuten brennen. Was nun den Effect der Behandlung betrifft, so äusserte er sich zunächst bezüglich des Hustens und Auswurfs. Während nach den ersten Einathmungen der Hustenreiz sich zumeist steigerte, liess er bereits nach wenigen Tagen wesentlich nach, so dass die Pat. sehr bald ruhig schlafen konnten und Narcotica absolut nicht nöthig hatten. Das Sputum sank zuweilen schon nach 8 Tagen auf weniger als die Hälfte herab, öfters verschwand es vollkommen, oder die Qualität wenigstens veränderte sich auffallend: die schweren Ballen verschwanden, die schleimige Beschaffenheit nahm zu, die eitrige trat zurück. Die Zahl der Bacillen nahm nach einigen Wochen beträchtlich ab, die elastischen Fasern verschwanden, ein Zeichen dafür, dass der Zerstörungsprocess in den Lungen zu einem gewissen Stillstande gekommen war. Gegen die Nachtschweisse wirkte Sanosin vorzüglich, dieselben verschwanden stets rasch. Auch das Fieber sank, der Appetit vermehrte sich, die Pat. nahmen bedeutend an Gewicht zu, obwohl sie meist den ärmeren Schichten angehörten, ihre Thätigkeit nicht einstellten und besondere Stärkungsmittel nicht erhielten. Endlich war auch an den Lungen selbst die Besserung objectiv festzustellen: Die Dämpfungen verschwanden oder hellten sich wenigstens auf. So stellt die neue Behandlungsmethode eine wesentliche Bereicherung unserer Maassnahmen zur Bekämpfung der T. dar. — Auch Prof. Dr. Th. Sommerfeld war mit den Resultaten sehr zufrieden. Er konnte bei seinen Pat., die ebenfalls den arbeitenden Ständen angehörten, die gleichen Wirkungen des Sanosins feststellen: rasche Beseitigung des Hustenreizes und Veränderung des Sputums,

Beseitigung der Schweisse, auffallende Besserung des Appetits, Zunahme des Körpergewichts, Abnahme des Dämpfungsbezirks und der Rasselgeräusche. Sanosin ist also ein Mittel, das bei der Behandlung der Phthise sehr schätzbare Dienste zu leisten vermag.

(Berliner med. Gesellschaft, 13. V. 1903. —  
Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 23 u. 24.)

- In einem Artikel über **neuere Medicamente in der Behandlung der T.** schreibt Dr. G. Schröder. (Schoenberg): „Als Unterstützungsmittel der hygienisch-diaetetischen Fieberbekämpfung sind temperaturerniedrigende Medicamente in vielen Fällen anzuwenden. In Form der bekannten Ten Cate Hoedemaker'schen Pillen

Rp. Natr. salicyl. 10,0  
Acid. arsenic. 0,01  
Amyl. q. s. ut f. pill. No. 100  
S. 3 × tägl. 3—10 Pillen

haben wir seit langer Zeit oft Salicyl verabreicht und mit einer Arsencur vorteilhaft combinirt. Mit der symptomatisch günstigen Einwirkung dieser arzneilichen Fieberbehandlung im Verlaufe des chronischen Fiebers der Phthise waren wir recht zufrieden. Mit Interesse vernahmen wir daher die Herstellung von Tabletten, die neben Aspirin (0,1), Natr. arsenic. (0,00025) und Acid. camphoric. (0,1) enthalten. Simon's Apotheke (Berlin) vertreibt dieselben sub nomine »*Phthisopyrintabletten*«. Sie lösen sich in Citronenwasser und werden nach dem Essen genommen. Wir pflegen mit 4 Tabletten pro die (3stündlich je eine) zu beginnen und langsam jeden 3. Tag um je eine Tablette zu steigen, bis zu 10 Tabletten als höchste Tagesdosis. Dann gehen wir mit der Dosis in gleicher Weise zurück bis zu 4 Tabletten pro die. Bei einer Reihe von Fällen mit den oft so hartnäckigen chron. subfebrilen Fieberzuständen sahen wir von dieser Medication guten Nutzen. Das Allgemeinbefinden besserte sich, und wir gewannen den Eindruck, dass das Eintreten anhaltender normaler Temperaturen schneller erreicht wurde. Nur in wenigen Fällen traten bei den grösseren Dosen Magenstörungen (Aufstossen, Neigung zu Diarrhoeen) und leichter Schweiss ein. Die Dosis wurde dann sofort reducirt. Es sei nochmals wiederholt, dass unseres Erachtens Nachtschweisse stets vermieden werden müssen. Es ist bekannt, dass viele fiebernde Phthisiker Antipyreticis gegenüber viel empfind-

licher sind, als andere Kranke. Man soll daher mit möglichst kleinen Dosen auszukommen suchen. Die in den Tabletten enthaltene Camphersäure beeinflusst bekanntlich Neigung zu Schweissausbrüchen günstig. Albuminurie bedeutet eine Gegenanzeige für die Anwendung der Phthisopyrintabletten.

(Zeitschrift für Tuberculose-Heilstättenwesen. — Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 21.)

- Die **Bier'sche Stauung** empfiehlt für gewisse Fälle warm Dr. Habs (Magdeburger Krankenanstalt Sudenburg). Bekanntlich hat Bier 1892 zum 1. Mal Stauungshyperaemie gegen chirurgische T. empfohlen. Er erzeugte diese Hyperaemie durch mehrstündige regelmässige Umschnürung des Gliedes mit einer elastischen Gummibinde central von dem erkrankten Theile. Die heute geübte Methodik ist folgende: Oberhalb der erkrankten Stelle wird eine elastische Gummibinde oder auch eine Flanellbinde mit ganz leichtem Druck angelegt, sodass die Venen comprimirt werden, ohne dass der arterielle Zufluss gehemmt wird. Um die unterliegenden Gewebe (Muskeln und Nerven) vor Druck zu schützen, wird die Gummibinde mit Watte oder einer vorher angelegten Flanellbinde unterpolstert; auch soll die Gummibinde so angelegt werden, dass sie auf eine möglichst breite Fläche wirkt. Es ist ferner nothwendig, um einer localen Atrophie der Muskeln an der Stelle, wo die Binde liegt, entgegenzuwirken, dass man die Stelle der Anlegung allemal wechselt. Haben wir also eine Handgelenktuberculose, so legen wir die Binde bald am Vorderarm, bald am Oberarm, und zwar abwechselnd in der Mitte, im oberen und unteren Drittel an. Ist sie richtig angelegt, so schwillt das Glied peripherwärts sehr allmählich an und zeigt zunehmende blaurothe Verfärbung. Zuerst schwellen die Hautvenen an, allmählich färbt sich die Haut des Armes bläulich, erst nach ca.  $\frac{1}{2}$  Stunde oder später ist sie gleichmässig blauroth, und Fingerdruck lässt eine Delle zurück. Wird das Glied nicht blau, so ist dies ein Zeichen, dass die Binde zu fest liegt und auch die Arterie comprimirt ist. Die Binde muss eben ziemlich locker liegen und darf keinerlei Unbequemlichkeiten verursachen. Habs hat nun über 300 Fälle mit diesem Verfahren behandelt, darunter fast 200 von T. Bei Behandlung von Knochen- und Gelenktuberculose legt er jetzt zu Beginn der Behandlung die Binde Morgens und Abends jedesmal für mehrere Stunden an, und zwar anfangs je 4—5, später nur 1 Stunde. Zum Theil recht gute Erfolge. Besonders



die geschlossene T. gab in einigen Fällen geradezu verblüffende Resultate. Chronische Entzündungen an Knie-, Hand- und Fussgelenken, an Mittelhand- und Mittelfussknochen, sah Autor in einer grossen Zahl von Fällen zurückgehen und so vollständig schwinden, dass es am Schlusse der Behandlung kaum möglich war, krankhafte Veränderungen nachzuweisen. Besonders günstig erwiesen sich die Gelenkaffectionen bei Kindern, zumal wenn Knochenherde nicht nachweisbar waren. Geradezu in die Augen fallend war es vielfach, wie das äusserst schmerzhaft, in fast starrer Contractur stehende Gelenk schon nach wenigen Stauungen schmerzlos wurde, wie sich bald Beweglichkeit einstellte, und wie dann, sobald die Pat. ihr Glied wieder bewegen konnten, die Muskulatur ihre Kraft wiedergewann. Mehrfach wurde constatirt, dass anfangs das Gefühl der Fluctuation darbietende Stellen hart wurden, sodass man annehmen musste, dass sich hier Abscesse oder Granulationen in derbe Schwielen verwandelten; auch letztere schwanden dann bei weiterer Behandlung. Aber nicht überall war der Erfolg so günstig, ja mehrfach traten Verschlimmerungen ein, und es musste zur Operation geschritten werden. Weniger günstig waren die Erfahrungen bei aufgebrochener T., also bei Fistelbildung. Nur in wenigen Fällen gelang es hier durch Stauungshypæmie (stets combinirt mit Jodoformbehandlung der Fisteln!) volle Vernarbung herbeizuführen. Autor möchte daher die Indicationen dahin präcisiren, dass man in allen Fällen von localer T. die Stauungshypæmie als einleitendes Verfahren zu versuchen berechtigt ist, dass man jedoch bei offener T. sowie bei schweren Knochenzerstörungen, insbesondere bei Sequesterbildungen, nicht allzuviel Zeit damit vergeuden solle. Stets muss man daneben eine zweckmässige Allgemeinbehandlung (Ruhe, frische Luft, gute Ernährung, Leberthran, Soolbäder etc.) einleiten. — Nun haben Bier und seine Schüler die Stauungshypæmie auch für zahlreiche andere Leiden empfohlen, und Habs hat diesen Empfehlungen gemäss ebenfalls auch bei einzelnen Affectionen jenes Verfahren versucht. So wurde bei 4 Fällen von *gonorrhöischer Arthritis* ausschliesslich die Stauungshypæmie angewandt, und zwar mit bestem Erfolg. Ziemlich rasch wurde erhebliche Besserung erzielt, freilich nicht volle Wiederherstellung, indem stets geringe Deformitäten, Kapselverdickungen u. dergl. zurückblieben. Auffallend rasch verschwand die eminente Schmerzhaftigkeit. Die spontanen Schmerzen verloren sich schon

während der ersten Anlegung der Stauungsbinde, um nach wenigen Tagen ganz zu verschwinden; der Erguss gelangte allemal zur spontanen Resorption. Aehnliche Besserungen zeigten *chronisch-rheumatische Gelenkentzündungen*; auch hier schwand der Erguss stets spontan, doch zog sich die Behandlung sehr in die Länge, sodass Autor jetzt wieder die Heissluftbehandlung bevorzugt. Bei Arthritis deformans waren die Resultate nicht günstig. Auch *Contracturen* im Anschluss an Traumen und Entzündungen, besonders die Handgelenks- und Fingercontracturen nach Handphlegmonen und die Gelenksteifigkeit nach Fracturen wurden mittelst Blutstauung behandelt, aber stets combinirt mit Massage, Bewegungstherapie und Heissluftbehandlung; die Resultate waren sehr gute, in einzelnen Fällen geradezu eclatante. Ebenso zufriedenstellend waren die Resultate der Stauungstherapie bei der acuten *Erfrierung* I. und II. Grades (9 Fällen); in wenigen Tagen volle Heilung und Ueberhäutung. — Neben der venösen Stauung hat Bier vielfach noch die active, d. h. arterielle Hyperaemie in Anwendung gezogen, wie sie auf verschiedenste Art erzeugt werden kann: durch mechanische (Massage), chemische Mittel (Jodtinctur), Wärme (Brei, Moor, Fango, Sand, heisse Luft). Als am meisten zweckmässig nennt Habs die Heissluftkästen, sowie die elektrischen Lichtbäder. Die Wirkung der activen Hyperaemie ist 1. eine schmerzstillende, 2. eine resorptionsbeschleunigende. Autor zieht sie in ersterem Sinne in Anwendung bei *schmerzhaften chronischen Entzündungen, chron. Gelenkrheumatismen und Neuralgien*, im zweiten Sinne bei *Ulcus cruris*, hartnäckigen *Oedemen* nach Knöchelfracturen und Fussdistor-sionen, bei *Blut- und Flüssigkeitsergüssen in die Gelenke* (hier meist in Verbindung mit Stauungshyperaemie). Zum Schluss fasst Autor kurz zusammen, wie die Methode bei den einzelnen Krankheiten bei ihm gehandhabt wird:

1. Bei *Tuberculose* lassen wir anfangs, d. h. in den ersten 8 Tagen 2 mal täglich die Stauungsbinde 4—5 Stunden liegen, dann immer weniger, schliesslich täglich nur noch 1 Stunde; dies bis zur Heilung. Active Hyperaemie, d. h. Heissluftkästen oder dergl. wenden wir bei T. nicht an, dagegen erscheint es zweckmässig, die Stauungsbehandlung zu combiniren mit Jodoform-injectionen; letztere zumal machen mir allemal, wenn Gelenkergüsse oder geschlossene Abscesse bestehen, grosse Abscesse spalten wir, Fisteln schaben wir aus.

Bei vorgeschrittener T. lassen wir die grossen Operationen (Resectionen etc.) in ihr Recht treten.

2. Bei *gonorrhöischem Gelenkrheumatismus* wenden wir jetzt von vornherein Stauungshyperaemie an, und zwar längerdauernde Stauung; wir lassen die Binde 8—12 Stunden täglich liegen. Ist unter der Stauungsbehandlung das Fieber und die Schmerzhaftigkeit geschwunden, so verwenden wir neben der Stauung jeden 3. Tag active Hyperaemie zwecks Resorption der Gelenkergüsse, und zwar eine 1stündige Behandlung im Sandbade oder elektrischem Lichtbade.
3. Bei *chron. rheumatischen Gelenkentzündungen* verwenden wir vorwiegend active Hyperaemie, und zwar lassen wir die Glieder 1—2mal täglich 1 Stunde im elektrischen Lichtbade oder Heissluftkasten schwitzen; daneben verwenden wir bisweilen noch die Stauung.
5. Bei *mangelnder Callusbildung* lassen wir täglich 2 Stunden stauen, verwenden daneben Massage und Exasperation.
6. Bei *Erfrierungen* I. und II. Grades, Frostblasen und Frostgeschwüren verbinden wir die Blasen und Geschwüre aseptisch und lassen 2mal täglich 1—2 Stunden stauen.“

Die Behandlung mit Stauungshyperaemie lässt sich bequem in der Sprechstunde durchführen. Man bestellt die Pat. zu Beginn der Sprechstunde, legt die Binde an und lässt die Pat. im Wartezimmer warten, controllirt ab und zu, um zum Schluss der Sprechstunde die Binde wieder zu entfernen. Intelligenten Pat. kann man späterhin die Anlegung selbst überlassen. Die Stauungshyperaemie ist berufen, Allgemeingut der ärztlichen Praxis zu werden. Jedenfalls ist sie ein energisches Therapeuticum, welches verdient, bei gonorrhöischen Gelenkentzündungen, Gelenkversteifungen nach Traumen, Erfrierungen regelmässig zu Rathe gezogen zu werden, ausserdem, innerhalb der angegebenen Grenzen, bei localen tuberculösen Knochen- und Gelenkentzündungen. Sie ist bequem anwendbar, schmerz- und gefahrlos.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 22.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottan.

Erscheint am  
Anfang eines jeden Monats.

N<sup>o</sup> 12.

Preis des Jahrgangs 4 Mk.  
excl. Porto.

# Excerpta medica.

Kurze monatliche Journalauszüge

aus der gesammten Fachlitteratur

zum Gebrauch für den praktischen Arzt.

Herausgegeben von Dr. med. Eugen Graetzer in Sprottau.

Verlag von Carl Sallmann, Leipzig.

---

September

XII. Jahrgang

1903.

---

**D**ie früher erschienenen elf Jahrgänge dieser Monatsschrift sind bis auf Weiteres noch alle schön und solid gebunden zum Preise von M. 5.— für den Jahrgang erhältlich. Den ausserordentlich zahlreichen nachträglich eingetretenen Abonnenten ist die Ergänzung, so lange noch Vorrath, dringend zu empfehlen.

Einbanddecken zu 80 Pfg.

Durch alle Buchhandlungen zu beziehen.

---

**Anaesthesie, Narkose.** Dr. Aronheim (Gevensberg) hat in einem neuen, von Merck hergestellten Atropinpräparat, dem **Methylatropin. bromat.** ein sehr brauchbares Anaestheticum und Narcoticum schätzen gelernt, das sehr oft das *Morphium* völlig ersetzt, ohne irgendwie schädliche Nebenwirkungen zu entfalten, und auch local prompt anaesthesirt, z. B. im Auge, wo es ebenso wie Atropin-Cocain wirkt. Autor benützte bei seinen ersten Versuchen zur Injection die von der Fabrik sterilisirt gelieferte Lösung (0,02%), davon jedesmal 0,0002 g injicirend und intern Kapseln mit 0,001, von denen er täglich 2—3 Stück nehmen liess. Es war prompte Schmerzlinderung zu constatiren, z. B. bei *Magenkrampf*, *Leibcolik*, *Gallensteincolik*, *Pneumonie* und *Pleuritis*, *Zahnperiostitis*, es wurden *Kopfschmerz* und *Schlaflosigkeit* günstig beeinflusst z. B. bei *Hemicranie*, *Erysipel*, bei *juckenden Hautaffectionen* und *nervösem Hautjucken* liess

das Jucken nach; bei Extraction von *Fremdkörpern im Auge*, bei *Keratitis* und *Conjunctivitis* leistete Einträufelung von 3 Tropfen der Lösung gute Dienste. Später zeigten sich noch bessere Erfolge, als Autor eine 0,03%ige Lösung zur Injection benützte (pro dosi 0,0003) und Kapseln à 0,0015—0,002 ordinarie. Auch als Augentropfen benützt er jetzt diese Lösung, als Lidsalbe:

Rp. Methylatropin. brom. 0,01  
Hydrarg. oxyd. flav. 0,2  
Lanolin. ad 10,0.

Bei acuter *Laryngitis* und *Bronchitis* mit Reizhusten bewähren sich folgende Medicationen:

Rp. Methylatropin. brom. 0,01—0,02—0,03  
Mixtur. solv. ad 200,0

Rp. Methylatropin. brom. 0,003  
Aq. amygd. amar. ad 10,0  
S. Abends 20—25 Tropfen.

(Die Medicin. Woche 1903 No. 14 u. 20.)

- Bezüglich der **Adrenalin-Localanaesthesie** berichtet Dr. F. Honigmann (Breslau), er habe im letzten Vierteljahr bei ca. 40 Fällen den Einfluss des Adrenalins auf die localanaesthesirende Wirkung des Cocains resp.  $\beta$ -Eucains geprüft. Er verwendete ausschliesslich die von Parke, Davis & Co. in Fläschchen mit 30 g Inhalt in den Handel gebrachte Lösung, indem er sich die nöthigen Verdünnungen direct vor dem Gebrauche herstellte und durch 5 Minuten langes Kochen sterilisirte. Bei Anwendung der Schleich'schen Infiltrationsanaesthesie setzte er zu 100 g der 0,1%igen  $\beta$ -Eucainlösung 1 ccm der Adrenalinlösung zu, beim Gebrauch der  $\frac{1}{2}$  oder 1%igen Cocainlösung je 3 Tropfen Adrenalin zu 1 ccm dieser Lösung. Ueble Nebenwirkungen auf den Allgemeinzustand oder die Wundheilung sah er nie eintreten; allerdings wurde die Dosis von 1 mg Adrenalin nie überschritten, meist sogar weniger als  $\frac{1}{2}$  mg verbraucht. Zum 1. Mal wandte Autor Adrenalin bei einem Pat. an mit enger, callöser Urethralstrictur, wo die Harnröhrenschleimhaut enorm empfindlich war und selbst nach Einspritzung von Eucain die Bougirung an der grossen Schmerzhaftigkeit scheiterte, die noch tagelang nach jedem Bougirversuche anhielt; ein Zusatz von 1 ccm Adrenalinlösung auf 10 ccm der 5%igen Eucainlösung bewirkte, dass 5 Minuten nach der Injection die Bougirung schmerzlos

erfolgte. Bei Excision der Aussenwand einer Zahncyste injicirte Autor vor und hinter dem Tumor je 1 ccm einer 1%igen Cocainlösung (mit Zusatz von 4 Tropfen Adrenalin auf 10 ccm Flüssigkeit) unter die Gingivalschleimhaut; diese wurde sofort schneeweiss, die Operation konnte nach wenigen Minuten schmerzlos erfolgen. Ferner wandte Autor Adrenalin in 12 Fällen von Schleich'scher Infiltrationsanaesthetie an, bei Exstirpation kleiner Geschwülste, Fingerexarticulation, Auskratzung von Drüsenabscessen, Operation einer Sehnenscheidentuberculose am Fuss u. s. w. Die Vorzüge des Adrenalins machen sich nach zwei Richtungen hin geltend: Durch die intensive Anaemisirung der Gewebe und die lange Dauer der Anaesthetie. Freilich ist diese Anaemie nicht im Stande, die Esmarch'sche Blutleere zu ersetzen. Abgesehen davon, dass mittlere und grössere Gefässe durch das Mittel nicht zur Constriction gebracht werden, so erstreckt sich auch die Anaemie nur auf die Zone der Injection oder höchstens deren nächste Nachbarschaft. Lässt man bei der Oberst'schen Anaesthetie den Gummischlauch beiseite und fügt statt dessen dem Cocain Adrenalin zu, so wird man bei Injection an der Fingerbasis zwar eine weisse Verfärbung der Haut am Grundglied und theilweise am Mittelglied wahrnehmen, am Endglied aber ein cyanotisches Aussehen und bei der Incision unveränderte Blutung haben. Autor macht daher bei der Oberst'schen Anaesthetie jetzt nicht mehr Adrenalinzusatz, da der anaesthetische Effect des Verfahrens bei Application der elastischen Abschnürung gleich gut, bei Blutleere aber sicherer und vollkommener hergestellt wird. Nur bei Operationen am Penis ist Adrenalin verlässlich und dabei angenehmer für den Pat., als der Gummischlauch. Mit grossem Vortheil benützte Autor Adrenalin bei Eingriffen, die Esmarch'sche Blutleere nicht zulassen, am Kopf, Hals und Stamm. Wenn er sich früher hier ausschliesslich der Schleich'schen Methode bediente, sieht er nunmehr der subcutanen Anwendung der  $\frac{1}{2}$ —1%igen Cocainlösung ein weiteres Feld eröffnet. Die Hackenbruch'sche „circuläre Analgesie“ hatte ihm früher oft recht unvollkommene Resultate ergeben; combinirt mit Adrenalin erweist sie sich jetzt höchst brauchbar. Nicht nur, dass Autor z. B. einen thalergrossen Nackencarbunkel so ganz schmerzlos und fast ohne Blutverlust mit Paquelin kreuzweise breit incidiren konnte, nicht nur dass er mehrfach bei kleinen Tumoren und circumscribten Eiterprocessen an Hals, Brust etc. das gleiche Resultat erzielte, konnte er auch in zwei

Fällen complicirter Lyphomoperationen am Halse durchaus befriedigende Anaesthetie erzielen bei einer Verminderung der Blutung, welche die Orientirung sehr förderte. Der eine Fall betraf einen Pat.\* mit Mitralfehler, bei dem eine centrale Narkose nicht unbedenklich erschien. Die verkästen Drüsen lagen so tief, dass man den Kopfrückenmuskel quer durchtrennen musste. Es wurden 5 ccm 1%ige Eucainlösung mit Zusatz von 3 Tropfen Adrenalin verbraucht, subcutan und subfascial zu injiciren (letzteres im Verlauf der Operation); die Schmerzlosigkeit 5—10 Minuten später war vollkommen, die Blutung war minimal. Ebenso bei einem zweiten Falle (mit der Umgebung verwachsenen Drüsenpaquet am Kieferwinkel), wo 4 ccm 1%iger Eucainlösung mit 12 Tropfen Adrenalin verbraucht wurden. Die Localanaesthetie nach diesem Verfahren (subcutane Einspritzung circulär um den Krankheitsherd) hat nicht nur der einfacheren Technik wegen erhebliche Vorzüge vor dem Schleich'schen, sondern sie gewährt auch weit grössere Uebersichtlichkeit, da die Oedemisirung der Gewebe wegfällt.

(Centralblatt f. Chirurgie 1908 No. 25.)

### **Antisepsis, Asepsis, Desinfection.** Zur aseptischen

**Wundbehandlung und Tamponade der Nase** hat Dr. E. Fink (Hamburg) einen Apparat construirt, der es ermöglicht, ohne Assistenz aseptisch in der Nasenhöhle zu manipuliren. Der Apparat\*) besteht aus einer Doppelkapsel, die den aseptischen Gazestreifen (4 m lang, 2 cm breit) aufnimmt. Will man ihn zu rhinologischen Zwecken gebrauchen, so wird er über ein Bossworth'sches Speculum geschoben, wo er fest haften bleibt. Durch eine Drehung an dem Griff der Innenkapsel wird der Apparat geöffnet und mittelst Pincette ein beliebiges Stück des Streifens herausgezogen und direct in die Nasenhöhle eingeführt. Dreht man dann die Innenkapsel in entgegengesetzter Richtung, so wird der Apparat geschlossen, im selben Moment aber auch der Streifen mittelst einer an dem Apparat befindlichen scheerenartigen Vorrichtung durchschnitten. Der Rest der Gaze bleibt dann unberührt in der Kapsel zurück. Dieser Apparat ist auch sehr geeignet zur allgemeinen Wundbehandlung in der Sprechstunde. Es giebt da eine grössere Kapsel, die einen 3—4 cm breiten und 5 m langen Gazestreifen aufzunehmen vermag. Sie wird an einem Metallgriff befestigt, den der Arzt in der linken Hand

\*) Hergestellt von H. Pfau, Berlin, Dorotheenstr. 67.

hält. Auch zur Tamponade des Uterus dürfte sich der Apparat eignen.

(Therap. Monatshefte, Juni 1903.)

- **Seifenspiritus als Desinficiens von Instrumenten** hat vor einiger Zeit Gerson sehr gerühmt. Jetzt hat Oberstabsarzt Dr. Schumburg (Hannover) die Methode einer Nachprüfung unterzogen, kam aber zu ganz anderen Ergebnissen. Es zeigte sich, dass der Seifenspiritus durchaus nicht imstande war, selbst bei 3 tägiger Einwirkung, Eitererreger an chirurgischen Instrumenten mit Sicherheit abzutöten. Autor möchte überhaupt vor Ueberschätzung der chemischen Desinfectionsmittel warnen auf Grund umfangreicher Versuche, die er mit unseren kräftigsten Mitteln (Sublimat 1:1000, Carbol 5%) angestellt hat; dieselben waren selbst nach  $\frac{3}{4}$  stündlicher Einwirkung nicht imstande, in wässriger Aufschwemmung vorhandene Staphylokokken, selbst nicht Choleravibrionen vollständig abzutöten. Dabei waren die Bakterien in wässrigen Aufschwemmungen wässrigen Lösungen der Desinficientien zugemischt! Wie viel schwerer wird es z. B. dem Sublimat auf und in der Haut der Finger eines Chirurgen gemacht, die Staphylokokken anzugreifen, wo die Drüsen den Mikroben enge, kaum zugängliche Schlupfwinkel bieten und die ungenügend beseitigte oder bald wieder hergestellte Fettschicht der Haut oft die Sublimatlösung wieder ablaufen lässt! Die mechanische Entfernung der Bakterien mit Bürste und viel Seife von den Händen, sowie ihre Abtötung in unseren Verbandstoffen und an den Instrumenten durch Wasserdampf und kochendes Wasser wird auch in Zukunft die sicherste Maassnahme der Asepsis bilden.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 23.)

- **Dymal** als nicht reizendes, ungiftiges, Wunden gut austrocknendes Antisepticum lernte Dr. J. Stock (Skalsko) bei kleinen Quetsch- und Schnittwunden kennen. Es bewährte sich auch gut bei *Intertrigo*, *Hyperidrosis* und *Combustio*; in letzteren Fällen muss man das Pulver aber, da es schmerzlindernd nicht wirkt, mit Anaesthesin combinieren.

(Die Therapie der Gegenwart, Juli 1903.)

### **Augenentzündungen. Collargol als sehr brauchbares**

**Ersatzmittel des Arg. nitr.** schätzt Oberarzt Dr. K. Rössler (Przemysl); es hat vor letzterem den Vorzug der rascheren Adstringirung, der vollständigen Gefährlosigkeit und totaler Schmerzlosigkeit. Autor benützt es ausser



in wässrigen Lösungen und in Form des Ung. Credé noch als Collargolstift, dessen Application weder Schmerzen, noch Reizerscheinungen bedingt:

Rp. Collargol 3,0  
 Sacch. lact.  
 Tragacanth.  
 Oss. sep. aa 1,0  
 Mucil. Gumm. Acaciae gtt. III.  
 Aq. dest., Glycerin. aa q. s. ut f. bacillus.  
 S. In braunem Glase aufzubewahren!

Bei *Trachom* und *Follicularkatarrh* lässt Autor 2 mal täglich zu 1 g Ung. Credé in der Schläfegrube und über dem Arcus superciliaris bis zum Ablauf der Reizerscheinungen verreiben, hierauf 1 mal täglich die Conjunctiva mit 2 bis 5%iger Collargollösung bepinseln; bei vollständiger Reizlosigkeit Abreiben der Follikel mit dem Collargolstift und sofortige Instillation von 5%iger Collargollösung. Bei *einfacher Conjunctivitis* genügt 1—2%ige Collargollösung, um nach 5—10 Tagen Heilung herbeizuführen.

(Wiener med. Wochenschrift 1903 No. 19.)

— **Alsol in der Augenheilkunde** hat mit Erfolg Dr. L. Pick (Königsberg i. Pr.) benützt. Alsol (Alumin. acetico-tar-taric.) ist ein naher Verwandter der essigsauren Thonerde, hat aber vor letzterer bei Umschlägen und feuchten Verbänden den Vorzug, dass es dabei unangenehme Nebenerscheinungen nicht macht. Autor benützte  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ %ige Lösung, die er folgendermaassen verschrieb:

Rp. Sol. Alsol. (5%) 200,0

S. 1 Theelöffel auf 1 Tasse abgekochten Wassers. Diese Verordnung (stets neben der üblichen sonstigen Therapie der betreffenden Affectionen) bewährte sich in folgenden Fällen:

1. *Blennorrhoea neonatorum*: Auswaschen der Augen  $\frac{1}{2}$  stündlich Tag und Nacht.
2. *Acute Conjunctivitis* und *acute Granulose*: kühle Umschläge 3—4 mal täglich 10—20 Minuten.
3. *Chron. Conjunctivitis* und *chron. Trachom*: 2—3 mal täglich  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde kühle bis lauwarme Umschläge.
4. *Scrophulöse Ophthalmieen*: warme Umschläge 3 mal  $\frac{1}{2}$  Stunde oder, bei stärkerer Betheiligung der Hornhaut, hydropathische Verbände (alle 3—4 Stunden).
5. *Hordeola*: warme Umschläge 3—4 mal täglich  $\frac{1}{2}$  Stunde.
6. Augenerkrankungen, bei denen eine dauernde Wärme-

einwirkung nothwendig erscheint (Ulceræ corneae, Iritis etc.): warme Umschläge resp. hydropathische Verbände mit sehrschwachen Lösungen (1:500—1000).

(Therap. Monatshefte 1903 No. 7.)

### **Barlow'sche Krankheit.** Ueber dies Thema hielt

Heubner einen Vortrag, an den sich eine lange Discussion anschloss\*). Heubner war ja der erste, welcher die Krankheit als solche bezeichnete (1892). Da dieselbe in den letzten 2 Jahren in Berlin auffallend oft sich zeigte, freilich von den Aerzten in der Regel nicht erkannt und mit anderen Affectionen verwechselt wurde, bringt Heubner jetzt das Thema wieder zur Sprache, speciell um dem prakt. Arzte Instruction zu ertheilen. Früher wurde das Leiden als „acute Rhachitis“ bezeichnet (Möller); eine solche aber giebt es nicht. Barlow zeigte (1883), dass hier ein haemorrhagischer Vorgang im Knochen und der Knochenhaut das Wesentliche sei, der mit Rhachitis nichts zu thun habe, nur durch diese begünstigt werde. Da auch Heubner bei seinen Untersuchungen Beziehungen zu einer anderen Krankheit nicht genauer feststellen konnte, nannte er die Krankheit einfach „Barlow'sche“. Er verfügt jetzt über 65 Beobachtungen; vorher nur vereinzelt, häuften sie sich seit 1891 und kommen bis heute ziemlich zahlreich vor. Meist handelt es sich um junge Kinder, Säuglinge, die bis dahin meist gesund waren und gut gediehen. Mit einem Male werden sie verdriesslich, verlieren den Appetit, werden blass, sehen bald kachektisch aus. Dann bemerkt man, dass sie bei Berührung, namentlich der unteren Extremitäten, heftige Schmerzen empfinden (daher Verwechselung mit Rhachitis!), schreien, die Beine einziehen und an den Leib halten; so liegen sie auch meist da, wenn man sie in Ruhe lässt, wobei Schmerzen sich nicht geltend machen. Sie werden immer bleicher, magerer, schlaffer. Dann kommen Anschwellungen hinzu, besonders an den unteren Extremitäten, in der Nähe der Gelenke (aber auch an den Diaphysen), deren Entwicklung manchmal mit Fieber einhergeht (daher Verwechselung mit acutem Gelenkrheumatismus!). Manchmal sind nicht so die Gelenke selbst afficirt, wie die angrenzenden Epiphysen (auch Epiphysen-

\*) Wir bringen beide ganz ausführlich, weil wir lange Zeit über das jetzt recht actuell gewordene Thema nichts mehr referirt haben, und hier die bekanntesten Kinderärzte und Praktiker Berlins ihre Erfahrungen zum Besten geben, sodass die ganze Frage eine vortreffliche Beleuchtung erfährt.  
Redact.

lösungen kommen vor). Am häufigsten sieht man die Anschwellungen, über welchen die Haut meist etwas gespannt und glänzend erscheint, und welche die Schmerzen auslösen, an den Knieepiphysen. Bisweilen erscheinen sie auch an anderen Stellen (auch am Schädelknochen) multipel (Verwechselung mit multipler Osteomyelitis!). Daneben constatirt man meist eine blutige Suffusion des Zahnfleisches in Form blaurother, leicht blutender Wülste, aber nur da, wo bereits Zähne vorhanden oder schon im Durchbruch begriffen sind. Dies sind die charakteristischen Erscheinungen des Leidens, die allerdings nicht immer sämtlich vorhanden sind. Am constantesten sind die Knochenanschwellungen und Schmerzen, recht häufig auch die Kieferaffection. Manchmal fehlen z. B. die Zahnfleischblutungen. Dafür können andere Blutungen vorkommen. So sah Heubner 7mal Hautblutungen (Purpuraflecke, Suffusionen, Blutblasen), 6mal Schleimhautblutungen (Mund, Nase, Conjunctiva), 6mal haemorrhagische Nephritis. Was das Alter der Kinder anbelangt, so fielen  $\frac{3}{4}$  der Fälle in die letzten 4 Monate des 1. Lebensjahres (meist 8. Monat),  $\frac{1}{4}$  vorher oder nachher (bis 20. Monat); in der Regel handelte es sich um Kinder der besseren Stände. Dies, sowie die Aehnlichkeit mit Scorbut, lenkte die Aufmerksamkeit auf die Ernährungsfrage als aetiologischen Factor. Ausnahmslos waren die erkrankten Kinder künstlich ernährte. Die Ernährung war nach allen Regeln der Kunst geschehen, durch frische Milch oder Milchpräparate erreicht. Gemeinsam war, dass dieselben stets bis zum Sieden erhitzt waren, manchmal nicht sehr lange, sondern nur einfach aufgekocht, aber doch stets gekocht. Dieses Abkochen muss also ein bedeutsames Moment darstellen, was noch mehr daraus hervorgeht, dass, wenn therapeutisch den Kindern jetzt ungekochte Milch zur Nahrung gegeben wurde, die Erscheinungen des Leidens in der Regel sich sofort besserten. Was beim Kochen passirt, was das Schädliche ist, das ist noch dunkel. Die Kinder, die in den letzten 2 Jahren erkrankten, wurden zum grossen Theil mit Milch genährt, die aus derselben Molkerei bezogen wurde. Autor will daraus keine Schlüsse ziehen, weil diese Meierei die frequentirteste von Berlin ist, also naturgemäss am meisten betheiligt sein muss, auch kein Anhaltspunkt vorliegt, dass jene Milch besondere Schädlichkeiten enthält. Was die Pathologie der B. anbelangt, so handelt es sich im Wesentlichen um eine haemorrhagische Affection; die Schwellungen enthalten stets Blut, nie Eiter. Das Charakteristische des

Leidens ist, wie heute fessteht, 1. eine eigenartige Ernährungsstörung mit Wachstumsbehinderung und Bau-fälligwerden im Knochensystem; 2. die Neigung zu Blutaustritten aus den Gefässen, besonders im Knochenmark und Periost, aber auch in anderen Organabschnitten. Welcher Zusammenhang da mit der Ernährung besteht, ist freilich noch dunkel. Fest steht, dass die B. mit Rhachitis nichts zu thun hat, dass B. auch nicht identisch mit Scorbut ist. Fest steht zum Glück ferner, dass die Therapie der B. ein äusserst dankbares Gebiet für den Arzt ist, dass man überraschend schnelle Erfolge erzielen kann und zwar ganz allein durch diaetetische Vorschriften. Es ist weiter nichts nöthig, als dass die bis dahin gewöhnlich ganz monoton gehaltene Ernährung mit länger gekochter Milch oder mit Milchpräparaten aufgegeben wird und an deren Stelle die Ernährung mit ungekochter Milch tritt, die allerdings aus sehr zuverlässigen Quellen bezogen und ununterbrochen auf Eis stehen muss. Da es sich meist um Kinder im 2. Halbjahr handelt, wird sie nicht verdünnt und in 5 Mahlzeiten  $\frac{3}{4}$ —1 L. verabreicht. Wo reine Milch nicht gut vertragen wird, mag man sie mit einer 5—7 %igen Lösung von Soxhlet's Nährpulver oder Soxhlet's Liebigsuppenpulver oder Mellin's Food zu einem Drittel oder zur Hälfte verdünnen. Man erwärmt Milch und Lösung auf Körpertemperatur und mischt nachher. Ausser der Milch erhält das Kind 3mal täglich 2—3 Theelöffel frisch ausgepressten Fleischsaftes (jedesmal von 40—50 g rohen Rindfleisches) ebenso oft (im Anschluss an die 2., 4. und 5. Mahlzeit) einen Theelöffel Apfelsinen- oder Kirsch-, Himbeer-, Erdbeersaft aus dem rohen Material ausgepresst; Kinder über 9 Monate zur 3. Mahlzeit noch event. einige Theelöffel Kartoffelmus, Spinat u. dgl. Diese Diaet wird in der Regel sehr gut vertragen und führt in kurzer Zeit zur to alen Umänderung des Befindens. Bleibt freilich das Leiden längere Zeit unerkannt, so wird es immer schlimmer, nimmt manchmal gar eine tödtliche Wendung. — *Discussion:* Litten hält B. ebenfalls für etwas anderes als Scorbut. Letzterer kann ebensowenig wie B. allein hervorgerufen werden durch Einförmigkeit der Diaet, wenn diese sonst nicht gerade ungeeignet ist; zugegeben sei, dass diese Einförmigkeit unter Umständen ein schwerwiegendes Moment bei diesen Krankheiten ist, nicht um sie hervorzurufen, aber sie zu unterhalten und schwerer zu gestalten. Bei B. kommen bei Kindern, die schon Zähne haben, manchmal ganz erhebliche Zahnfleischerkrankungen vor.

die allerdings nie die schwere Fäulniss und schwere Nekrose und tiefgreifende Geschwürsbildung mit dem aashaften Geruch annehmen, der bei Erwachsenen mit Scorbut so häufig ist. G. Klemperer kann nur rein Theoretisches vorbringen; aber zur Zeit damit beschäftigt, den Unterschied der Verdaulichkeit gekochter und ungekochter Milch zu untersuchen, hat er dabei einige Resultate erhalten, die vielleicht auch zur Erklärung der B. wichtig sein könnten. Er fand vor Allem, dass die resorbirbare Stickstoffmenge bei der rohen Milch grösser ist, als bei der gekochten, während andererseits der resorbirbare Ammoniak, die schädliche Substanz, in der gekochten Milch bedeutend grösser ist, als in der rohen. Wenn also ein Kind nur mit gekochter Milch ernährt wird, so muss Eiweiss-Unterernährung eintreten, nicht allgemeine Unterernährung, denn der Calorienwerth kann ausreichend sein, nur am N fehlt es; ausserdem aber müssen sich Giftwirkungen geltend machen, die auf die grösseren Mengen resorbirten Ammoniaks zu beziehen wären. H. Neumann hat wie Heubner in Berlin bis 1900 sehr wenige Fälle von B. gesehen, seitdem gehäuftes Auftreten, für das er die Pasteurisirung einer Milch (aus jener Molkerei) mit häuslicher Erhitzung verantwortlich macht; er hält den Uebelstand, dass diese Milch erst pasteurisirt und nachher noch einmal im Hause mehr oder weniger lange gekocht wird, für die Ursache dieser Epidemie. Ferner betont er die Bedeutung der Nierenaffectionen, weil immer wieder Fälle vorkommen, wo entweder bei genauester Untersuchung nur sehr wenig andere Symptome B.'scher Krankheit sich finden, oder es sich sogar ganz ausschliesslich um eine Haematurie handelt, bei der auch spärliche Cylinder vorhanden sein können; nur die Kenntniss der Ursache dieser Haematurie führt zur Heilung. Cassel hat 22 Fälle von B. bisher gesehen. Er sah wiederholt auch die platten und kurzen Knochen befallen. In einem Falle sah er eine grosse teigige Schwellung über dem Stirnbein, deren Haut blau verfärbt war; an den Rändern der Schwellung fühlte man einen harten, kraterförmigen Knochenrand. Das Kind hatte etwa 8 Tage eklamptische Anfälle, für die keine Ursache gefunden wurde; weder Fieber, noch Rhachitis, noch sonst irgendwelche aetiologische Momente. Mit Darreichung von roher Milch verschwanden die Krämpfe sofort, das Kind genas. Möller hat ja einen ähnlichen Fall beobachtet und fand bei der Autopsie an der Innenfläche der Ossa parietalia und frontalia colossale Blutextravasate; dass solche Blutungen

durch Druck auf das Gehirn Convulsionen machen können, erscheint begreiflich. Autor sah 3 mal Haematurie und 1 mal Albuminurie ohne Blut; 2 mal war die Haematurie (nebst Blässe) das einzige Symptom der B. Die Pat. hatten Zähne, aber keine Blutung am Zahnfleisch. Auch in diesen Fällen brachte rohe Milch Heilung. Dass der besser situierte Mittelstand die Mehrzahl der Pat. stellt, beobachtete auch er, namentlich sind es Kinder von Frauen, die besonders gründlich die Ernährung betreiben und in der Sterilisierung die Hauptsache der Ernährung suchen. Hauser sah einige 20 Fälle von B., und zwar nur bei künstlich ernährten Säuglingen und speciell bei solchen, die eine lange gekochte, meist sterilisirte Milch erhalten hatten. Auch er hat gleich Neumann in letzter Zeit Häufung der Erkrankungen bei Kindern beobachtet, die mit pasteurisirter und dann noch gekochter oder sterilisirter Milch ernährt waren. Nicht nur Bolle, die Milchcentrale, sondern auch kleinere Molkereien schicken, was nicht allgemein bekannt ist, nicht rohe, sondern pasteurisirte Milch nach Berlin. Die einfache Einförmigkeit der Nahrung ist wohl schwerlich die Ursache der B., denn einmal ist einförmige Milchnahrung für die ersten 8—10 Monate das Physiologische, sodann sah Autor vielfach, dass es nicht der Beifütterung von Gemüse und Obstsaften bedarf, um B. rasch zu heilen. Es muss also der Koch- und Sterilisierungsprocess die Milch ungeeignet, schädlich machen, wobei die Ansicht Klemperer's, dass Ammoniak hier eine Rolle spielt, dass Giftwirkung statthat, recht plausibel erscheint. Man hat es bei B. nicht mit einer Knochenaffection zu thun, sondern mit schweren Störungen der ganzen constitutionellen Beschaffenheit des gesammten Stoffwechsels, vor allem der Blutbildung. Die Kinder sind auffallend anaemisch, hinfällig, schwitzen profus, leiden an absoluter Anorexie, sie zeigen bei längerem Kranksein neben Blutungen am Knochensystem und Zahnfleisch auch solche der Nieren, Haut u. s. w., und alle diese schweren Symptome verschwinden binnen längstens 8 Tagen, sobald rohe Milch gereicht wird. Das macht doch entschieden den Eindruck, als ob der Organismus unter der Wirkung eines Giftes stände, nach dessen Aussetzen rasch Blutbildung und Stoffwechsel sich erholen. Entschieden gehört B. als besondere Gruppe den Krankheiten an, die man als „haemorrhagische Diathese“ bezeichnet, und hat die grösste Aehnlichkeit mit Scorbut. Wenn Heubner manche Erscheinungen des letzteren, z. B. ulceröse Processe am Zahnfleisch, nie sah, so liegt es

daran, dass er das Leiden früh erkannte; wer chronischere Fälle sieht, erlebt auch für Scorbut typische Erscheinungen. Orth demonstriert einige mikroskopische Präparate. Dieselben zeigen, dass man bei B. sehr verschiedene Bilder finden kann, die theilweise sehr an Rhachitis erinnern, wobei nicht gesagt ist, dass solche vorliegt. Denn Schmorl z. B. hat experimentell gezeigt, dass man ähnliche Veränderungen auch durch Erkrankungen im Mark erzeugen kann, das Einzige, was in allen Fällen im Wesentlichen gleich gefunden wird, ist eine eigenthümliche Beschaffenheit des Knochenmarkes. Also ist anzunehmen, dass das Wesentliche der Knochenveränderungen bei der B. eine Veränderung des Knochenmarkes ist. Ritter, der 32 Fälle von B. gesehen, bestätigt die schon gemachten Beobachtungen, aus denen hervorgeht das Anwachsen dieser Fälle in jüngster Zeit, das Betroffenwerden der Säuglinge wohlhabender Eltern u. s. w. Er spricht die B. entschieden als Sterilisationskrankheit an; alle seine Pat. waren mit sterilisirter Milch ernährt worden. Finkelstein verfügt über 13 Fälle der letzten 1½ Jahre. Er beschäftigt sich mit der Prophylaxe und fragt: Ist man etwa imstande, prophylaktisch durch eine besonders gestaltete Ernährung die durch das Kochen entfallenden Stoffe zu ersetzen, mit anderen Worten: Gewährt die frühzeitige Darreichung von Gemüse, von Fruchtsäften, von frischem Fleischsaft eine Aussicht, den Ausbruch der Krankheit zu verhüten, trotzdem man die Milch kocht? Das wäre sehr wichtig, denn im Allgemeinen ist doch immer ein gewisses Beklemmungsgefühl vorhanden, wenn man im heißen Sommer die Kinder mit roher Milch ernähren soll. Man kann sich da schon von vornherein sagen: da wir annehmen müssen, dass die Krankheit durch Zerstörung bestimmter Stoffe in der Hitze hervorgerufen wird, so ist der Nutzen gekochter Gemüse zweifelhaft. Es verbleiben nur die paar Löffelchen Frucht- und Fleischsaft, und diese dürften, selbst wenn sie die nothwendigen Stoffe wirklich enthalten, nicht hinreichen, um die gewünschte Wirkung auszuüben. Autor hat auch in einem sehr eclatanten Falle dieses Scheitern der prophylaktischen Ernährung erfahren. Ein Kind, dessen älterer Bruder 1 Jahr vorher eine schwere B. durchgemacht, wurde vom 1. Tage an unter dem Gesichtspunkt ernährt: wie vermeiden wir die B. hier? Es erhielt von Anfang an ganz kurz aufgekochte Milch, so bald wie angängig Gemüse und Fruchtsaft, und trotzdem traten im 8. oder 9. Monat die ersten Symptome der

B. ein in Gestalt von Schmerzen und Schwellung in den Unterschenkeln und von beginnender Pseudoparalyse, die bei geeignetem Verhalten schnell verschwanden. Es lehrt dieser Fall auch, dass bei manchen Kindern eine grosse individuelle Disposition bestehen muss. Autor möchte auch etwas über die Schnelligkeit der Heilung sprechen. Die Fälle, bei denen zunächst nichts weiter besteht, als Schmerzen und Bewegungsstörungen, gehen geradezu frappant innerhalb weniger Tage zurück. Wesentlich langsamer geht es, wenn es bereits zu Blutungen gekommen ist, obgleich auch da innerhalb 8 Tagen deutliche Fortschritte eintreten. Grosse Haematome bedürfen natürlich zur Resorption längerer Zeit. Sehr verschieden verhält sich die Nierenblutung. Das eine Mal schwindet sie sehr schnell; öfter hat Autor beobachtet, dass zwar anfänglich eine erhebliche Herabminderung der Blutungen stattfindet, dass aber dann Wochen und selbst Monate lang in geringer Intensität die Haematurie fortbesteht. Trotzdem ist die Befürchtung einer chron. Nephritis nur ausnahmsweise gerechtfertigt. Auch Max Schultze hat in den letzten 2 Jahren eine erhebliche Zunahme der B. beobachtet. 1902 behandelte er fünf typische Fälle, alles Kinder wohlhabender Eltern, zufällig sämtlich mit Milch aus der schon öfters erwähnten Meierei ernährt. Den Müttern war nichts von dem Pasteurisiren bekannt, sie kochten die Milch noch tüchtig oder liessen sie mit Soxhlet 10—20 Minuten im kochenden Wasser. Dass diese doppelt sterilisirte Milch zum Schuldträger an der B. geworden ist, geht aus der Thatsache hervor, dass die fünf Kinder keiner anderen gemeinsamen Schädlichkeit ausgesetzt waren und sofort zu genesen begannen, als eine andere Milch gegeben wurde. Autor behandelt B. so wie Heubner; die haemorrhagische Schwellung in der Mundhöhle bepinselt er mit Citronensaft; Sanatogen trägt viel dazu bei, die Kinder wieder in die Höhe zu bringen, zumal wenn sie am Anfang wenig Appetit haben. Michael Cohn weist auf die Bedeutung hin, welche gewissen Hyperaemieen, physiologischen wie pathologischen, insbesondere traumatischen, für die Localisation der Schwellungen am Knochen resp. der subperiostalen Blutungen bei der B. zukommt. Am klarsten liegt das bei der Zahnfleischaffection; die Kinder befinden sich meist in Dentition, die Blutzufuhr zum Kiefer ist eine erhöhte. Bei der 2. Prädispositionsstelle am Skelett, den unteren Extremitäten, denke man daran, dass die Kinder sich meist gerade in jenem Alter befinden, wo sie ihre ersten Steh-



und Gehversuche machen, wobei ja stets leichte Traumen vorkommen. Diese haben für ein gesundes Kind keinerlei Folgen, Kindern mit B. werden sie bereits verhängnissvoll. Ein dritter Lieblingssitz für die subperiostalen Blutungen ist die Orbita, wo die Blutung das sehr markante Symptom der B., den Exophthalmus, hervorruft. Hier muss man erst an den Schreiaet denken bei dieser schmerzhaften Krankheit. Wenn Kinder schreien, so kommt es zur venösen Hyperaemie am Schädel, und manchmal prominiren dabei schon normaler Weise infolge praller Füllung der Orbitalvenen die Bulbi leicht. Bei einem an dieser haemorrhagischen Diathese leidenden Kinde genügt wahrscheinlich schon gar nicht so heftiges Schreien, um die Gefässe zur Ruptur zu bringen. Das geht auch aus einem Erlebniss hervor. Ein Kind mit B. wird in die Sprechstunde gebracht. Es wird entkleidet und untersucht, wobei das Kind zu schreien beginnt, in diesem Augenblick entsteht ganz plötzlich eine starke Protrusion des rechten Bulbus! Beuthner hatte Gelegenheit, B. bei einem 2 jähr. Kinde plötzlich entstehen zu sehen, das aus einer mit Haemophilie belasteten Familie stammte. Brat erkannte bei einem auch mit Phimose behafteten Kinde die ebenfalls bestehende B. nicht und operirte. Es entstand eine erhebliche Blutung, es kam später zu einer derben Infiltration des Praeputiums, und das Kind erholte sich trotz der späteren Behandlung der B. nie mehr recht und starb kurze Zeit darauf an Pneumonie. Man sollte daher wohl, wenn möglich, bei Kindern mit B. mit Operationen so lange warten, bis die B. geheilt ist. Erich Müller erinnert an seine zusammen mit Cronheim gemachten Stoffwechselversuche über den Einfluss der Ernährung mit roher gegenüber sterilisirter Milch bei Säuglingen. Aus diesen Versuchen scheint eine gewisse Klärung der Frage nach der Entstehung der B. insofern hervorzugehen, als sie einerseits gezeigt haben, dass die Verdaulichkeit und die Assimilation der Eiweisskörper, der Fette, des Phosphors und der Kohlehydrate durch die Sterilisation nicht leidet, dass andererseits aber der Kalk der sterilisirten Milch zwar ebenso gut verdaut, aber schlechter angesetzt wird, als derjenige der rohen Milch. Im Gegensatz zu der vorzüglichen Ausnützung der übrigen Bestandtheile der Milch, wurde nur ein erhöhter Kalkgehalt des Kothes bei Ernährung mit sterilisirter Milch gefunden. Wenn aber ein Stoff, der bereits im Körper aufgenommen ist, diesem wieder in erhöhtem Maasse entzogen wird — und wir wissen vom

Kalk, dass er im Dünndarm aufgenommen und zum grössten Theil wieder im Dickdarm ausgeschieden wird —, so ist das ein scharfer Beweis für eine Störung des Stoffwechsels, welcher vielleicht aetiologisch für die Entstehung der B. von Wichtigkeit sein kann, um so mehr, als wir die hohe Bedeutung der geringen, im Blute circulirenden Kalkmengen für die Arbeit des Herzens und Blutgerinnung kennen. Mit der Störung letzterer hängt vielleicht die bei der B. bekannte Neigung zu Blutungen zusammen. Es ist vielfach in den letzten Jahren zur Verminderung der Tuberculoseverbreitung unter dem Rindvieh bei der Aufzucht von Kälbern diesen an Stelle der rohen, gekochte Milch gegeben worden. Leider musste dies aufgegeben werden, da es sich herausstellte, dass die Entwicklung dieser Thiere erheblich Schaden litt, speciell eine grosse Knochenbrüchigkeit sich einstellte. Senator wundert sich, dass bei einer Krankheit, deren wichtigste Symptome die progressive schwere Anaemie und die Neigung zu Blutungen sind, bisher keine Blutuntersuchungen angestellt worden sind. Er veranlasste zu solchen Ritter, und dessen Präparat erinnerte ihn sofort an den berühmten Ehrlich'schen Fall, in dem dieser aus dem Blutbefund eine Aufhebung oder Herabsetzung der Function, eine Aplasie des Knochenmarkes diagnosticirte, was die Section bestätigte. Der Fall betraf ein 21jähr. Mädchen mit schwerer Anaemie; das Leiden hatte mit Uterinblutungen begonnen, dann kamen Netzhautblutungen, am Zahnfleisch Blutungen und nekrotische Verschorfung hinzu. Also Aehnlichkeit mit B. zweifellos. Im Blut fanden sich ausser den gewöhnlichen Zeichen der Anaemie Degenerationsformen der Erythrocyten, ferner die multinucleären neutrophilen Leukocyten sehr stark reducirt (bis 14%), keine eosinophilen Zellen, keine kernhaltigen Blutkörperchen, weder Normo-, noch Megalo-, noch Gigantoblasten, wie man sie sonst bei so schwerer Anaemie findet. Das Blutpräparat von B. zeigt einen ganz ähnlichen Befund, nur dass die Veränderungen nicht so weit vorgeschritten sind wie in einem tödlichen Fall, vor allem ein auffallendes Sinken der multinucleären neutrophilen Zellen. Nimmt man dazu noch Knochenbefunde (Orth), bei denen es sich um eine plastische Beschaffenheit mit herabgesetzter Functionsfähigkeit handelt, d. h. mit ungenügender Blutkörperchenbildung, nimmt man ferner dazu, dass das hauptsächlichste aetiologische Moment für B. die Ernährung mit übersterilisirter Milch ist, bei welcher Ernährung, wie Müller zeigte, die Assimilation des Kalkes schlecht ist, also der Knochen-

stoffwechsel leidet, nimmt man alles dies zusammen: Den Blutbefund, der auf mangelhafte Function des Knochenmarks hinweist, die Beschaffenheit des Knochenmarkes selbst und den schädlichen Einfluss der Ernährung auf den Knochenstoffwechsel, so liegt wohl der Gedanke nahe, dass ein Zusammenhang zwischen der gestörten Knochenmarksfunction und B. besteht. Wir wissen zudem, welche wichtige Rolle das Knochenmark für die Blutbildung spielt. Es hat also gewiss der Gedanke, dass es sich bei der B. um eine primäre Erkrankung des Knochenmarks handelt, zu der vielleicht rhachitische Kinder besonders disponirt sind, eine gewisse Berechtigung. Jacusiel befürchtet, die hier zu Tage getretenen Aeusserungen könnten zu einem „Rohen-Milch-Rummel“ führen, der sehr verderblich werden könnte. „Es war hauptsächlich der Zweck meiner Ausführungen, hier gerade den Vortragenden dringend zu ersuchen, unzweideutig festzustellen, dass er selbst der Ansicht ist, dass die Ernährung mit gekochter Milch, wie wir sie jetzt haben, wie die Dinge liegen, die allerbeste für unsere Pfleglinge ist, und dass eine Ernährung mit roher Milch so lange nicht Platz greifen kann, wie wir kein Verfahren kennen und besitzen, durch welches wir rohe Milch von der Kuh in die Stadt, von der Stadt ins Haus, und vom Haus in die Flasche und in den Körper des Kindes bringen können, ohne dass das liebe, unschuldige Ding von Milch in unserem verderbten Berlin ein mordsschlechtes wird, das die Kinder mordet.“ Heubner (Schlusswort) betont, dass kein einziger Fall zur Mittheilung gekommen, der ein Kind betraf, das an der Brust gelegen hatte. Er gebe zu, dass, wie die Dinge jetzt liegen, wir besser thun, im Allgemeinen erhitzte Milch zu geben, als rohe. Wenn er aber eine Milch, wie sie einzelne Molkereien wirklich liefern, für jeden Säugling haben könnte, so würde er unbedingt die rohe Milch vorziehen. Hervorzuheben ist die Thatsache, die auch Finkelstein bestätigte, dass bei anhaltendem Genuss nicht nur stark erhitzter Milch, sondern der Milch, wie sie im Haushalt aufgekocht wird, B. entstehen kann. Dies beweist, dass die Erklärung, abnorm starke und lange Erhitzung rufe B. hervor, nicht stichhaltig sein kann. Zugegeben sei, dass das lange Kochen vielleicht die Schädlichkeiten in gesteigertem Maasse bewirkt, die B. hervorruft, aber der zureichende Grund für den Nachtheil gekochter Milch ist das Kochen an sich. Heubner hat von einem Collegen gehört, dass derselbe mittelst pasteurisirter Milch fast ebenso rasche Heilung der B. erzielt habe, als er mit roher. Auch

Heubner ist ja anfangs nur zögernd an die Verabreichung ungekochter Milch herangegangen, aber er ist nun durch lange Erfahrung überzeugt, dass man sie ruhig benützen kann, wenn sie in jeder Beziehung rein ist. Wer sich davor fürchtet, der mag bei der Behandlung der B. ruhig gut pasteurisirte Milch benützen.

(Berliner med. Gesellschaft, 10., 18. u. 25. März 1903.)

**Ekzem.** Dymal hat Dr. J. Sellei (Budapest) als 5—10—20%ige Salbe mit bestem Erfolge bei E. verwendet, namentlich bei *acutem papulösem*. Auch bei *seborrhoischem E.* und bei verschiedenen Formen der *Dermatitis* leistete es gute Dienste. Bei chronischen, mit Infiltration einhergehenden Fällen waren die Resultate dagegen nicht ermuthigend.

(Monatshefte f. prakt. Dermatologie 1903 Bd. 36 Nr. 9.)

— Ein neues, von der Chem. Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering) in Berlin hergestelltes Theerpräparat **Empyroform** hat Dr. Sklarek (Prof. Neisser'sche Klinik in Breslau) in über 100 Fällen von Hauterkrankungen angewandt. Empyroform, ein Condensationsproduct von Formaldehyd und Theer stellt ein bräunliches Pulver von schwachem, nicht mehr an Theer erinnerndem Geruch dar, das sich durch diesen schwachen Geruch und die hellere Farbe vor dem Theer auszeichnet. Als Pulver (pur oder mit Zink und Amylum gemischt) findet es angemessene Verwendung beim nässenden E. (man lege stets über den Puder einen Salbenfleck!) Empfehlenswerther ist eine Mischung mit Salbe oder Zinkpaste. Autor verwendet 1—5—10—20% Empyroform-Vaseline, 10—20% Empyroform-Bleivaseline (Ung. Vasin. plumbic. Kaposi), Empyroform-Zinkpaste (5—10—20%) und einfache 25% Empyroform-Paste (Empyrof., Amyl. aa 25,0 und Vaseline 50,0). Auch zu Trockenpinselungen ist es sehr geeignet. Man verordne:

Rp. Empyroform. 15,0.  
Talc. venet.  
Glycerin.  
Spir. vin.  
Aq. dest. aa 10,0.

Solche Pinselungen werden oft angenehmer empfunden, als Salbenverbände, und wo Idiosynkrasie gegen Fette besteht, sind sie besonders werthvoll, doch sind sie nur bei nicht zu starker Exsudation angebracht. Die wahre Domäne dafür ist das erythematöse Stadium des E. oder das Stadium.

in dem schon eine gewisse Eintrocknung und Schuppung aufgetreten ist. Schwarz, aber fast geruchlos ist folgende, in den ersten Stadien des E. indicirte Tinctur:

Rp. Empyroform 5,0—10,0

Chloroform.

Tinct. Benz. aa ad 50,0

Im squamösen Stadium kann man zur Beseitigung chron. Infiltrationen diese Tincturpinselung zweckmässig mit Anwendung eines Beiersdorfschen Salicylseifenpflasters (5 bis 10 %) combiniren. Auch im nässenden Stadium wandte Autor das Präparat mit gutem Erfolge an als Zinkpaste (5—10 %) oder Tinctur (10—20 %). Stets wurde Empyroform von den Pat. sehr angenehm empfunden, es zeigte stark jucklindernde Kraft und austrocknende ebenfalls; es wurde sogar von Pat., die sonst Theer nicht vertrugen, ohne weiteres tolerirt, rief weder locale Reizungen, noch Intoxicationen hervor.

(Die Therapie der Gegenwart, Juli 1903.)

### **Gonorrhoe.** Seine Erfahrungen mit **Ichthargan** theilt Dr. K.

Neuwirth (Wien, Abtheilung f. Frauenkrankheiten des St. Elisabeth-Spitals) mit. Das Präparat wurde hauptsächlich verwendet bei den verschiedenen Formen des Ausflusses, sei es auf gonorrhöischer oder andersartiger Basis. Es wurde sowohl die acute wie auch chron. *Colpitis* günstig beeinflusst. Die Secretion liess nach mehreren Ichtharganspülungen (1 : 1000) sichtlich nach, die Röthung und subjectiven Beschwerden verschwanden. Die Behandlung wurde stets so durchgeführt, dass nach Reinigung der Scheide von anhaftendem Secrete (mit sterilen Tupfern) in das Röhrenspeculum jene Lösung eingegossen, und nunmehr das Speculum langsam hervorgezogen wurde, sodass die ganze Schleimhaut, parthieenweise, etwa 1—2 Minuten lang, mit der Lösung in Contact blieb. Sodann wurde ein Ichthargan-Tampon oder ein Ichtharganstreifen mit nachfolgender abschliessender Watte, und zwar der Mischung

Ichthargan.

Aq. dest. aa 5,0

Glycerin. 90,0

einggelegt und 10—12 Stunden belassen. Am nächsten Tage, bei Besserungen am zweitnächsten, Wiederholung. Bei chron. entzündlichen Processen der Urethra, besonders solchen auf gonorrhöischer Basis, wurde Ichthargan (1 : 1000) instillirt, und zwar mit befriedigendem Erfolge bei längerer Anwendung.

(Therap. Monatshefte Juni 1903.)

- **Gonosan** hat Dr. M. Friedländer (Berlin) bei einer grösseren Anzahl von Gonorrhöikern angewandt als internes Hilfsmittel, namentlich um die quälenden Schmerzen zu lindern, die bei Uebertritt der acuten G. in die hintere Harnröhre sich geltend zu machen pflegen. Es wurden also hauptsächlich solche Pat. dieser Behandlung unterworfen, bei welchen die acute oder subacute G. sich nicht auf die vordere Harnröhre beschränkte, sondern auch den hinteren Theil befallen hatte, und mehr oder weniger heftige Schmerzen und Krämpfe, auch Blutungen nach dem Uriniren auslöste. Ausnahmslos gute Resultate; 1—6 Tage nach Beginn der Medication (8—10 Stück der Kapseln pro die) waren Schmerzen, Erectionen, Blutungen stets beseitigt, Röthung und Oedem vermindert, der Urin geklärt, der Ausfluss heller und weniger. Nie störende Nebenerscheinungen. Besonders in die Augen sprang das schnelle Nachlassen der Entzündungserscheinungen, und kann man wohl behaupten, dass wir hier ein wirklich zuverlässiges Mittel zur Bekämpfung der gonorrhöischen Entzündung der hinteren Harnröhre vor uns haben.

(Deutsche Aerzte-Ztg. 1903 No. 12.)

- Die **sterile Dauerhefe „Zymin“**, die Albert in die Therapie eingeführt hat zur Behandlung von Fluor albus gonorrhöischen und anderen Ursprungs, hat jetzt Dr. Popescu (Landesgebäranstalt Czernowitz) angewendet bei Endometritis mit reichlich eitrigem Secret, Cervicalmetritis mit harter, hypertrophischer und erodirter Cervix, ferner bei katarrhalischen Erkrankungen der Vaginalschleimhaut und bei Blennorrhoe derselben. Anfangs war die Anwendungsweise die von Albert angegebene: Es wurden jedesmal 8 g (das Messglas voll) mit 20 ccm Wasser zu einem gleichmässigen Brei angerührt, sodann die mittelst Specula entfaltete Scheide der im Querbett mit erhöhtem Becken liegenden Frau mit Watte gründlich ausgewischt, die aus einem Celluloidring geformte Spirale möglichst hoch in die Scheide eingeschoben, der Brei eingespritzt und ein Wattetampon eingeführt. Darauf wurde Pat. vorsichtig in Rückenlage ins Bett gehoben und 6—8 Stunden liegen gelassen, worauf Tampon und Spirale entfernt und die Scheide mit warmem Wasser ausgespült wurde. Am folgenden Tage früh und abends Ausspülung mit Kochsalzwasser, am 3. Tage Wiederholung des Verfahrens. Letzteres ist ja gewiss für die Klinik das beste, für die ambulatorische Praxis stellten sich Schwierigkeiten heraus, weshalb Autor das Verfahren modificirte,

ohne dass die Wirksamkeit darunter litt. Es wurde das Zymen mit weniger Wasser angerührt, sodass der Hefebrei die Consistenz eines Syrups erhielt. Es wurde die Celluloidspirale fallen gelassen und statt dessen ein mit steriler Gaze umwickelter, mit einem Bindfaden armirter, ausgekochter Korkstöpsel, wie er zum Verschluss von Weinflaschen benützt wird, zur Entfaltung der Scheide verwendet. Derselbe wurde in den Hefebrei eingetaucht, von allen Seiten mit diesem ordentlich beschickt und zur vaginalen Application bereit gehalten. Hierauf wurde nach vorhergehender Ausspülung der Scheide mit warmem Wasser und sorgfältiger Reinigung mit trockener Watte, je nach dem Sitze der Erkrankung, entweder unmittelbar der Korktampon bis vor den Muttermund eingeführt und durch einen mit Zuckerlösung getränkten Wattetampon fixirt, oder nach vorhergehendem Reinigen des Cervicalcanals mittelst einer mit Watte armirten Playfairsonde zunächst in diesen ein mit Hefebrei beschickter Gazestreifen eingeführt (der Hefebrei kann auch unmittelbar, z. B. mittelst Nasenschiffchens in die Scheide eingegossen und der Kork dann applicirt werden). Pat. verblieb noch 1 Stunde in dieser Lage und wurde mit der Weisung entlassen, nach 6—8 Stunden die Tampons zu entfernen und die Scheide mit warmem Wasser auszuspülen; wo dies nicht thunlich war, wurde Pat. gleich nach Hause geschickt und veranlasst, dort 1—2 Stunden in ruhiger Rückenlage zu verbringen; wurde ein Gazestreifen in den Cervicalcanal eingeführt, so wurde Pat. für den nächsten Tag nochmals bestellt zur Reinigung der Cervix. Diese Behandlung wurde jeden 3. Tag vorgenommen, in der Zwischenzeit musste Pat. Scheidenspülungen mit Salzwasser machen. Es war vor Allem die secretionsbeschränkende Wirkung, welche in den meisten Fällen schon nach ein- oder mehrmaliger Anwendung des Mittels zu Tage trat und sich bei allen blennorrhoeischen und nichtblennorrhoeischen Entzündungen der Vaginalschleimhaut zeigte, besonders deutlich bei acuter Vaginalblennorrhoe. In Fällen solcher Erkrankung, die mit reichlichem, gelbgrünem, eitrigem Secret einhergingen, hatten meist schon die ersten 2—3 Zymenapplicationen unter Abnahme der Entzündungserscheinungen auch Secretionsabnahme zur Folge; das Secret wandelte sich zu einem dünnflüssigen, weisslichen, milchigen um; nach der 4.—8. Application war die unter Zymenbehandlung blass gewordene Scheidenschleimhaut mit gelbweissen, bröckligen, trockenen Massen bedeckt. Ebenso geeignet erwies sich

Zymin zur Behandlung der chron. Cervicalmetritiden, bei welchen zuweilen schon nach mehrmaliger Application die Secretion mehr glasig wurde; aber auch die hyperaemische und härter anzufühlende Cervix wurde unter fortgesetzter Behandlung blasser und weicher. Besonders gute Heilwirkung zeigten Erosionen der Cervix. Nicht so gut waren die Erfolge bei eitriger Endometritis, was wohl dadurch bedingt war, dass die Application nicht auch auf das Endometrium ausgedehnt wurde, der Contact des Mittels aber mit der erkrankten Schleimhaut für den Heilerfolg unbedingt erforderlich ist.

(Wiener klin. Wochenschrift 1903 No. 26.)

### **Magen- und Darmkatarrhe.** Tanocol wurde in Dr.

Pariser's Sanatorium für Magen- und Darmkrankheiten in Homburg, wie Dr. Schirokauer von dort mittheilt, in einer Reihe von Fällen mit Erfolg angewandt. So bei *acuten Darmkatarrhen*, wo es die Heilung wesentlich beschleunigte, so bei einigen Fällen von heftigem *subacutem Darmkatarrh bei Kindern*, wo es in der Dosis von 0,5 3—4 mal täglich offensichtlich ausgezeichnete Erfolge zeitigte. Das Hauptwirkungsgebiet war aber der diffuse *chron. Darmkatarrh* mit Diarrhoeen, wo durch längere systematische Darreichung von Tanocol sehr schöne Erfolge erzielt wurden, zumal wenn die Tanocolordination (3—4 mal tägl. 1 g) mit kleinen Opiumdosen combinirt wurde, welche namentlich in hartnäckigen Fällen die Begleiterscheinungen sehr günstig beeinflussten. Endlich wurde Tanocol bei einer Gruppe von Darmkatarrhen angewandt, die, obwohl Diarrhoeen damit oft nicht verbunden sind, doch die Darreichung von Adstringentien zweckmässig erscheinen lassen: bei den *isolirten chron. Dünndarmkatarrhen*, die zuerst Rosenheim genauer gekennzeichnet hat. Die Pat. klagen über Unruhe und Kollern, Aufgetriebensein und Blähungen, sowie über Coliken, die bald nur von geringer Intensität, bald aber sehr heftig sind. Diese peristaltische Unruhe und gesteigerte Sensibilität des Darmes beginnt, was ein Characteristicum ist, nicht bald nach der Mahlzeit, sondern meist 2—3 Stunden hinterher, besonders Nachts, oft früh zwischen 4—5 Uhr, stört den Schlaf sehr und macht die Pat. rasch zu Neurasthenikern, sodass im weiteren Verlauf leicht auch nervöse Darmerscheinungen sich hinzugesellen. Das Leiden, das übrigens sehr oft auf Erkältung zurückzuführen ist, beeinflusst scheinbar Zahl und Consistenz der Entleerungen nicht. Untersucht man aber letztere genauer,



so findet man oft ansehnliche Schleimbeimengungen, meist sogar gelb gefärbt. Man hat es mit einer Mischform von Darmkatarrh und Darmneurose zu thun, die therapeutisch zunächst einer sehr vorsichtigen Diaet (längerer Ausschluss jeglicher Gemüsekost, Darreichung von Amylaceen in nur bestaufgeschlossener Form, Fleisch nur hachirt u. s. w.) bedürfen, die lange Zeit fortzuführen ist. Daneben hat sich nun Tanocol neben kleinen Opiumgaben als recht wirksam erwiesen, auch wenn von Diarrhoe keine Rede ist.

(Die Therapie der Gegenwart, Juni 1903).

- **Colloidales Wismuthoxyd bei Verdauungsstörungen im Säuglingsalter** wandte mit Erfolg Dr. Kinner (Strassburger Säuglingsheilstätte) an. Das von Kalle & Co. hergestellte Präparat, eine eigenartige Verbindung des lysalbin- und protalbinsauren Natrons und des Wismuthmetahydroxyds, enthaltend 20% metallisches Wismuth, (= 22,3% Wismuthoxyd), löst sich in kaltem und heissem Wasser. Die 10%ige wässrige Lösung erwies sich als recht brauchbar; sie wurde in abgedrückter Frauenmilch oder in jeder künstlichen Säuglingsnahrung durch die Saugflasche ohne weiteres genommen, ohne je Erbrechen zu erregen. Sie bewirkte recht häufig sofortiges Eintreten guter Stühle unter andauernder Gewichtszunahme, die Stühle wurden auch bald seltener und weniger copiös. Meist genügten 3—4 tägliche Gaben von 5 ccm der 10%igen Lösung. Die gemachten Erfahrungen erlauben es, das Bismutum colloidales bei acuten wie nicht allzuweit vorgeschrittenen chron. Darmstörungen dem Kinderarzt zu empfehlen. Es leistet beim Säugling mindestens soviel als alle bisher gebräuchlichen Präparate, wird leichter in den Darm eingeführt und ist frei von Magenreiz und sonstigen Nebenerscheinungen. Ein Darmadstringens von so günstiger Wirkung, welches in löslicher Form vom elendsten Säugling gern genommen, nie Erbrechen hervorruft und nie ungelöst ausgeschieden wird, verdient allseitige Nachprüfung. Dosen von 0,25—0,5 g 3—6 mal täglich scheinen den besten Erfolg zu versprechen.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 29.)

- Bei **Dyspepsie der Säuglinge** giebt Dr. A. Weiss (Wien) neben den hygienisch-diaetetischen Vorschriften am liebsten:

Rp. Acid. mur. dil. gtt. VI.

Tct. Cascarill.

Tct. Ratanh. aa gtt. X.

Aq. dest. 70,0  
Syr. simpl. 10,0  
S. 2 stündl. 1 Kaffeelöffel.

Bei *Dünndarmkatarrhen* der Säuglinge bewährte sich ihm am besten *Tannigen*, das er in folgender Weise verordnet:

Rp. Tannigen. 0,3  
Paullin. Sorbil. 0,05  
D.tal. dos XII.  
S. 4 mal täglich 1 Pulver.

(Die Heilkunde 1903 No. 7.)

- Einen casuistischen Beitrag zur **Ernährung von Kindern mit Odda** liefert Dr. Erich Müller (Berliner Friedrichs-Waisenhaus). Acht Kinder, an mehr oder weniger *acuten Magendarmstörungen* erkrankt, wurden nur so behandelt, dass ihnen Oddasuppe gereicht wurde. Es gelang dadurch allein Heilung herbeizuführen. Es zeigte sich, dass Oddasuppe von magendarmkranken Kindern gut vertragen, einige Zeit lang auch gern genommen wird und Gewichtszunahme bewirkt. Die theilweise beträchtlich abgefallenen Kinder erholten sich rasch und konnten nach wenigen Tagen wieder Milchzusatz vertragen. Die zahlreichen Entleerungen wurden seltener, die Schleimbeimischungen verloren sich, und das Aussehen der Stuhlgänge wurde schnell dasjenige gut verdauter Mehlstühle. Für längere Zeit, d. h. über 5–10 Tage, tranken die Kinder meist die Nahrung nicht gern, eine Milchoddasuppenmischung wurde aber stets gern genommen. Auch Kinder von 4–3 Monaten vertrugen Odda gut. Autor suchte nun aber auch *gesunde* Kinder im zweiten Lebenshalbjahre mit solcher Mischung zu ernähren (1–2 Theile Milch und 1 Theil Oddasuppe) und erzielte sehr gute Gewichtszunahmen bei ausgezeichnetem Wohlbefinden. Das Hauptfeld für die Anwendung von Odda dürften auch die Kinder sein, denen man im 7. und 8. Lebensmonat zur Milch einen Zusatz geben will; hier wird dieses Präparat durch seinen Gehalt an Eidotter vor den meisten anderen Präparaten den Vorzug verdienen.

(Therap. Monatshefte 1903 No. 7.)

- Einen **Fall von schwerer intestinaler Autointoxication** beobachtete Stabsarzt Dr. Stuertz (II. medic. Klinik, Berlin) Der 17 jährige, hereditär nicht belastete und bis dahin gesunde Pat. ass Himbeereis, worauf sich sehr heftige Leib-

schmerzen einstellten, die anhielten. Als er vier Tage darauf noch sehr reichlich grüne Bohnen gegessen hatte, wurden die Leibschmerzen noch ärger, es gesellte sich Erbrechen hinzu, gleichzeitig heftige Kopfschmerzen. Pat. bekam dann noch Krämpfe dazu mit völliger Bewusstlosigkeit. Letztere hielt  $1\frac{1}{2}$  Tage an, wobei Jactation, klonische Zuckungen, etwas Trismus und Nackensteifigkeit, verstärkte Haut- und Sehnenreflexe zu constatiren waren, der Harn etwas Albumen und sehr viel Indican aufwies, hartnäckige Verstopfung bestand. Auf Calomel, hohe Darmspülungen kamen dann reichliche Stuhlmassen, auf eine Magenspülung schwand das Erbrechen und der ganze Zustand besserte sich zusehends, worauf sich Pat. auch rasch erholte. Auf der Höhe des Leidens war auch mit abnormer hoher Pulsspannung einhergehende Bradycardie zu constatiren, welche 12 Tage anhielt. Des Autors Chef, Prof. Kraus, hatte solche Bradycardie schon öfters bei intestinaler Autointoxication (nach Obstipation) gesehen. Um eine solche Autointoxication infolge Gastroenteritis mit Obstipation handelte es sich in der That auch hier, wofür auch der hohe Indicangehalt, die schnelle Besserung der Gehirnsymptome nach Entleerung von Magen und Darm sprechen. Der Zusammenhang schwerster Gehirnsymptome mit abnormen Zersetzungsproducten im Verdauungscanal steht schon von früheren Beobachtungen klinisch fest, sodass die pseudomeningitischen Erscheinungen im obigen Falle keineswegs ein Novum darstellen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1908, No. 23.)

**Rhinitis.** In Bezug auf sein **Pollenantitoxin gegen Heufieber** macht Prof. Dunbar (Hamburg) noch einige Mittheilungen. So diejenige, dass sich Heufieberasthmaanfalle durch äussere Anwendung des Antitoxins von der Nase aus in verschiedenen Fällen vollständig beseitigen liessen; verschiedene Heufieberpatienten, welche bislang alljährlich an Heufieberasthmaanfällen zu leiden hatten, blieben infolge Verwendung des Serums vollständig verschont. Antitoxin ist kein schädliches Mittel; das flüssige Antitoxin liess sich allerdings nicht ohne Carbolzusatz haltbar machen. Jetzt ist aber ein pulverförmiges Serum hergestellt, das noch besser zu wirken scheint, wie das flüssige. Heufieberpatienten sollen Abends vor dem Zubettgehen von dem Pulver eine Prise von Linsengrösse in jedes Nasenloch nehmen und sich mittelst Pinsels eine halb so grosse Menge in den Conjunctivalsack bringen, dann bei geschlossenen Fenstern

schlafen und Morgens vor dem Aufstehen im Bett das Serum in gleicher Weise appliciren. Hatten sie am Tage vorher viel Pollentoxin in sich aufgenommen, so zeigen sich gelegentlich Morgens nach Anwendung des Antitoxins Niesreiz und Nasensecretion. In solchen Fällen sollten sie das Serum in dem betreffenden Nasenloch gleich wieder anwenden und, falls dann die Reizerscheinungen nicht aufhören, sollte das Serum während des Anziehens ein drittes und wenn nöthig ein viertes Mal applicirt werden. Hierauf legen sich die Erscheinungen und erweisen sich die Pat. stundenlang event. den ganzen Tag über gegen Heufieberanfälle refractär. Sobald aber am Tage in den Augen oder in der Nase der geringste Juckreiz auftritt, soll sofort wieder zum Serum gegriffen werden. Gelingt es den Pat., sich auf diese Weise von Anfällen frei zu halten, so werden sie weniger empfindlich gegen das Gift und vermögen sich auf immer länger werdende Perioden unter Anwendung des Serums von Anfällen frei zu halten. Die Wirkung des Mittels nimmt bei längerem Gebrauche nicht ab. — Dr. R. Immerwahr (Berlin) erkrankt seit 20 Jahren alljährlich an Heufieber und hat dagegen schon alles Mögliche angewandt, meist ohne Erfolg. Auch die Nase hat er sich ausbrennen lassen, aber das schadete ihm nur, so dass er davor warnt. Von Medicamenten bewährte sich am besten noch Chinin in kleinen Dosen (0,1—0,2 mehrmals täglich innerlich), und local Inhalation von Menthol (ein Reagensglas wird mit 1—2 ccm Wasser gefüllt, in dasselbe einige Mentholkrystalle geworfen, sodann die Flüssigkeit erwärmt und das Glas unter die Nase gehalten). In diesem Jahre hat er Dunbar's Serum (das flüssige!) angewandt. Die Wirkung war ja unverkennbar, aber schwach. Bei Beginn der Anfälle dürfte das Mittel, wenn man sonst die nöthigen Vorsichtsmaassregeln streng beachtet, als Hülfsmittel zur Bekämpfung des Leidens recht gute Dienste leisten, ein unfehlbares Heilmittel scheint es jedoch nicht zu sein. Das neue getrocknete Serum dürfte ja intensivere Wirkung entfalten.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903, No. 28.)

- **Aristol** in der Rhinologie benützt Dr. Em. Fink (Hamburg) mit bestem Erfolge. Seiner secretionsbeschränkenden Fähigkeit wegen leistet Aristol sehr gute Dienste bei der *gewöhnlichen, nicht complicirten, chron. Rhinitis*. Natürlich nicht etwa da, wo wir als Product lang bestehender Katarre starke Hypertrophie der Muschelschleimhaut vor-

uns haben. Diese beseitigt man am besten durch Massage. Bleibt dann noch Hypersecretion zurück, oder besteht solche von vornherein ohne erhebliche Hypertrophie, dann erreicht man etwas mit Aristol. Dieses hat auch schwach reizende Wirkung, jedenfalls eine Folge des Zerfalls in Thymol und Jod, welches letzteres vielleicht in statu nascendi eine gewisse Rolle spielt. Jedenfalls bewährt sich Aristol sehr gut bei *chron. atrophischer Rhinopharyngitis* und *Ozaena*. Es muss freilich auf die Schleimhaut direct einwirken, weshalb vorher die Nase gut gereinigt werden muss. Massenhafte Nasenspülungen gefährden das Ohr zu sehr. Autor benützt daher lieber einen Nasenspray mit  $\frac{1}{2}$  Theelöffel Spirit. sapon. kalin. auf 300 g Wasser, der 2—3 mal täglich mit je 50—100 g Wasser der Lösung applicirt wird, worauf das Aristol mittelst Pulverbläfers insufflirt wird. Rasch schwindet so der Foetor, und auch die Secretion wird bald geringer, sodass Pat. immer seltener die Maassnahmen anzuwenden braucht. Bei Herdläsionen, sowie bei *Ozaena syphilitica* kein Erfolg! Vorzüglich wirkt Aristol bei der *Rh. nervosa s. vasomotoria*, zu der auch das *Heufieber* zu rechnen ist. Autor hält allerdings diese Affection nicht für eine solche der Vasomotoren, sondern für eine Anomalie der secretorischen Trigeminafasern, deren Localisation er in den Nebenhöhlen, speciell den Kieferhöhlen sucht. Hier eingeführt leistet Aristol Vorzügliches, wie Autor an 55 Fällen erfahren hat, bei denen die Anfälle vollständig aufhörten. Die Behandlung (Einführen einer dünnen Canüle vom mittleren Nasengange aus durch das Orificium sinus Highmori in die Kieferhöhle und Einblasen des Pulvers mittelst eigens dazu construirten Bläfers) erfordert freilich einige Uebung.

(Die Heilkunde 1903 No. 7.)

### **Sepsis, Pyaemie. Einen eigenartigen Fall von Pyaemie**

beobachtete Stabsarzt Dr. Hrach (Przemysl) bei einem Soldaten, der wegen Psoriasis einer Chrysarobinbehandlung unterzogen wurde. Nach mehrmaliger Application der Salbe stellten sich heftige Fiebererscheinungen ein, es wurden Nephritis und Pleuritis constatirt. Von Psoriasis waren an den Extremitäten nur noch Reste zu sehen, am Rücken aber fanden sich neben einigen glänzenden kleinen Schuppeninseln noch 2 hellergrosse, granulirende, mit spärlichem gelblichen Eiter bedeckte Stellen. Diese sieht Autor als die Quellen der sich jetzt entwickelnden Pyaemie an. Durch die Reizung der Chrysarobinsalbe und die Aufsaugung

derselben durch die Haut wurden hier die Infectionserreger in die Lymph- und Blutbahnen aufgenommen und erzeugten eine schwere Pyaemie.

(Wiener med. Wochenschrift 1903 Nr. 28.)

— **Intravenöse Collargolinjectionen bei puerperaler Septicopyaemie** empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen Dr. Rosenstein (Breslau). Dieselben sind ganz schmerzlos und werden am besten so ausgeführt: Nach Desinfection der Haut des Armes in der Ellenbogenbeuge mit Aether oder Benzin wird durch Umlegen einer Binde am Oberarm, jedoch nur durch eine einzige Cirkeltour, die ohne Bewegung des Armes leicht wieder zu lösen ist, die Vena cephalica sicht- und fühlbar gemacht. Dann wird eine mit 10 g einer 1%igen Collargollösung gefüllte Spritze (neuerdings wird 2%ige Lösung in Dosen à 5 g empfohlen), deren Canüle durch eine besondere Vorrichtung fest auf der Spritze aufsitzen muss, in die Vene hineingestossen (ob man sich in ihr befindet, erkennt man daran, dass sofort mehrere Tropfen dunklen Blutes ausfliessen und dass beim Einspritzen die Flüssigkeit, ohne die Gewebe aufzutreiben und ohne Schmerzen hervorzurufen, verschwindet). Um beim Lockern der Binde und den damit verbundenen kleinen Bewegungen des Armes nicht mit der Spitze der Canüle in die Vene hineinzurutschen und die Wand derselben zu durchbohren, hat Autor in einer Entfernung von 4—5 mm von der Spitze eine kleine Marke, die ein Tiefertreten der Canüle verhindert, anbringen lassen (Spritzen hergestellt von Georg Härtel, Breslau).

(Therap. Monatshefte, Juli 1903.)

**Struma.** Ueber **S. puerperalis** lässt sich Dr. Malade (Treprow a. Toll.) aus. Dass zwischen den sexuellen Organen und den am Halse befindlichen Gebilden Beziehungen bestehen, ist bekannt. So scheint es, als gäben Menstruation und Gravidität den am Halse gelegenen Drüsen und Organen häufig einen Anstoss zur Bethätigung erhöhter Lebensenergie. Die meisten Veränderungen zeigt da jedenfalls die Schilddrüse. Eine leichte Vergrösserung lässt sich wohl in den meisten Fällen von Schwangerschaft nachweisen. Die Drüse befindet sich anfangs nur im Stadium der Hyperaemie und tritt dann nicht als Geschwulst hervor; der Hals erscheint leicht geschwellt, und meist, mit dem Schwinden des causal Momentes, tritt wieder der Zustand der Norm ein. Zuweilen entwickelt sich aber aus der

Hyperaemie eine Hypertrophie. Die Schwangerschaft, die Menstruation, ja selbst die Defloration bringt eine derartige Anschwellung zu Wege, Freund hat auch bei pathologischen Zuständen der Sexualorgane eine Tumefaction der Schilddrüse beobachtet. Nun giebt es noch eine andere Art des Kropfes, „*goître puerperal*“ französischer Autoren. Diese S. entwickelt sich *während des Geburtsactes* mit ausserordentlicher Schnelligkeit, kann bedeutende Grösse annehmen und zu gefährlichen Circulations- und Athmungsstörungen Anlass geben; manchmal bildet sie sich völlig zurück, oft resistirt sie. Sie ist hier mechanischen Ursprungs, Folge der heftigen Anstrengungen, die zur Hyperaemie führen. In der deutschen Litteratur sind bisher solche Fälle nicht verzeichnet. Malade hatte Gelegenheit 3 Fälle zu beobachten, von denen der eine *tödlich* verlief und besonders interessant ist. Eine II para, kräftig, bisher ohne Schwellung der Schilddrüse, weist Placenta praevia centralis auf. In Narkose Perforation der Placenta und Wendung des Kindes auf den Fuss, alles unter geringer Blutung. Es soll die spontane Ausstossung der Frucht abgewartet werden, und wird Pat., ohne dass sich Wehen oder Blutungen zeigen, aus dem Querbett in das Längsbett gelagert. Da tritt, 20 Minuten nach beendeter Wendung, plötzlicher Exitus ohne erkennbare Ursache ein. Auch bei der Section fand sich in keinem Organe eine so schwere Veränderung, dass daraus die Todesursache hätte eruirt werden können; es bestand mässige allgemeine Anaemie, *auffallend schwere Gehirnanemie*, und letztere muss die Todesursache gewesen sein. Sie war ihrerseits bedingt durch eine ziemlich grosse S., durch welche beide Carotiden erheblich comprimirt waren. Ein solcher Fall ist für den Arzt eine Mahnung, ebenso wie man andere Organe, vor allem das Herz untersucht, sich regelmässig bei einer Gebärenden davon zu überzeugen, ob S. vorhanden oder in der Entstehung begriffen ist; hat man das Vorhandensein einer S. erkannt, so kann man wenigstens versuchen, die Kreissende vor Gefahren zu schützen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1903 No. 18.)

**Syphilis.** Einen **Fall von Nephritis parenchymatosa syphilitica** beobachtete Prof. Dr. Mühlig (Konstantinopel.) Das Leiden setzte etwa 14 Tage nach dem Auftreten eines harten Schankers und etwa 5 Wochen nach dem verdächtigen Coitus ein; die übrigen secundären Erscheinungen zeigten sich erst 8—9 Wochen nach dem Primäraffect.

Dass die Nephritis syphilitischen Ursprungs war, bewies die anfangs erfolglose Therapie mit Schwitzbädern und strenger Milchiaet und die erfolgreiche Behandlung mit Quecksilber.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 12.)

- Ein **eigenartiges haemorrhagisches Syphilid der Haut** beobachtete Dr. P. Thimm (Leipzig) bei einem frisch Inficirten, der sich ihm Anfang October 1902 mit einem Primäraffect am Gliede vorstellte. Es folgten bald colossale Leistendrüsenschwellungen beiderseits und Ende October ein spärliches grosspapulöses Exanthem besonders an den seitlichen Parthieen des Rumpfes und den inneren und hinteren Flächen der Oberschenkel. Während und kurz vor der Eruption desselben sehr schlechtes Allgemeinbefinden, grosse Abgeschlagenheit, heftige Kopf- und Gelenkschmerzen, Abendtemperaturen bis  $39^{\circ}$ , Milzschwellung. Am 2—3. Tage der Allgemeineruption machten sich plötzlich an mehreren Stellen der bezeichneten Körperregionen kreisrunde, auffallend hellrothe, etwa Fünfmarkstück grosse Flecke bemerkbar, welche als ein gerades, flaches Beet plateauartig die Körperdecke deutlich um  $\frac{1}{2}$  mm überragten. Nachdem die Flecke so 2—3 Tage bestanden, stellte sich Pat. eines Morgens mit folgenden Veränderungen vor. Oberhaut des dunkler gefärbten Centrums hatte sich zu einer Blase erhoben, gefüllt mit dunklem, flüssigem Blut. Die Blase hatte ovale Form und mass im Längsdurchmesser 1, im Querdurchmesser  $\frac{1}{4}$  cm. Im Ganzen 17 derartige Herde in der Haut der Flanken, der unteren Rückenparthie und der inneren und hinteren Oberschenkelflächen. Sehr bald platzte die Decke einzelner Blasen, allmählich die aller, Blasengrund schlaff, dunkelroth, platt, leicht blutend, ausserordentlich empfindlich. Allmählich nahm der blossgelegte Blasengrund geschwürige Beschaffenheit von nierenförmiger Gestalt an, während der heller rothe, elevirte Hof immer flacher und dunkler wurde und schliesslich einen grossen, runden, nicht mehr scharf abgegrenzten, sepiabraun gefärbten Fleck bildete. Absonderung der Geschwüre nicht erheblich; das geringe Secret trocknete mit dem Blut und der Blasendecke zu einer dicken Kruste ein, und es resultirte aus dem ungewöhnlichen Process schliesslich eine typische Rupia syphilitica. Behandlung bestand in warmen Soolbädern, localer Calomelapplication und Sublimatkochsalz-Injectionen. Es besserte sich zunächst das Allgemeinbefinden, dann schwanden die einfachen Papeln und zuletzt. bei der 20.—25. Injection die Ge-



schwüre. Es verblieben schmutzigbraune Pigmentationen, die noch heute sichtbar sind. — Was hatte vorgelegen? Vermuthlich handelte es sich um eine durch das syphilitische Virus verursachte Schädigung der peripheren Gefässe, wie sie Mracek für die *S. haemorrhagica neonatorum* erwiesen hat. Er fand intrauterin entstandene Gefässerkrankungen des kindlichen Organismus, bestehend in kleinzelliger Infiltration und bedeutender Verdickung der Wandungen, welche er für Circulationsstörungen verantwortlich macht, die schliesslich zur Rhexis der Gefässe führen.

(Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 14.)

- Ueber **erweichte Bubonen der Frühlues** berichtet Dr. Max Marcuse (städt. Krankenhaus Frankfurt a. M.). Die zur Erweichung führenden syphilitischen Lymphdrüsenerkrankungen gelten als recht seltenes Vorkommniss. Wie sonst auch, führt gewöhnlich auch nur die tertiäre *S.* hier zu Erweichungsprocessen, während es im Verlaufe der Frühlues fast immer nur zu irritativen Vorgängen kommt. Abweichungen kommen vor und betreffen dann im Wesentlichen Erweichungen resp. Vereiterungen, die durch Mischinfection oder durch eine speciell auf Tuberculose resp. Scrophulose beruhende Kachexie bedingt sind. Es können aber auch *rein* syphilitisch erkrankte, durch kein anderweitiges Virus und durch keine sonstige nachweisbare Schädlichkeit beeinflusste Lymphdrüsen im Verlaufe der Frühlues zur Erweichung kommen. Solche den tertiären Lymphdrüsengummata entsprechende Bubonen der Frühlues sind allerdings bisher nur ganz vereinzelt beschrieben worden, obwohl sie in Wirklichkeit gar nicht so selten zu sein scheinen, da sie in der dermatolog. Abtheilung des Frankfurter Krankenhauses relativ häufig gesehen werden. Die diesbezüglichen Erfahrungen theilt nun Autor mit. Das klinische Bild stellt sich folgendermassen dar: Die Inguinal- (vereinzelt auch eine andere) Gegend diffus vorgewölbt; der Umfang der Geschwulst schwankt von Tauben- ei- bis Mannsfaustgrösse. Haut über dem Tumor meist normal und abhebbar. Meist keine spontane Schmerzhaftigkeit, auch keine Empfindlichkeit auf Druck. Bei der Palpation fühlt man einen ziemlich abgrenzbaren einheitlichen Tumor von glatter, selten unregelmässiger Oberfläche, oft auf seiner Unterlage nicht verschiebbar. Consistenz fest und derb. Nur im Centrum, auf der Höhe der Prominenz, giebt an einer circumscribten, dicht unter der Haut gelegenen Stelle das Gewebe dem Fingerdrucke nach;

hier Consistenz polsterartig, gummiballähnlich, in vorge-  
rückten Stadien mehr schwammig; Fluctuation fühlt man  
nicht. Diese weiche Parthie wächst peripherwärts, immer  
von dem noch derben adenitischen und periadenitischen  
Gewebe, wie von einem Ringe sehr scharf begrenzt und  
kann sich schliesslich über das ganze Bereich der Geschwulst  
erstrecken. Unter rechtzeitig eingeleiteter specifischer  
Behandlung bildet sich diese Erweichung zurück, der Tumor  
selbst nimmt an Umfang beständig ab, bis schliesslich nichts  
mehr von ihm übrig ist. Autor führte in 12 Fällen die  
Probepunction aus: es zeigte sich dabei stets eine nicht  
eitrige, rosagelbe, fadenziehende, fast schleimige Flüssigkeit,  
fast ausschliesslich aus zelligem Detritus bestehend, frei  
von Bakterien, Nährböden steril lassend. Autor geht auf  
21 Fälle näher ein. Nur 2 davon betrafen Weiber. 11 Pat.  
wiesen noch den Primäraffect auf, 6 zeigten frische Secundär-  
symptome, 5 hatten ausser dem Bubo keine sicheren Lues-  
erscheinungen. 17mal handelte es sich um einen Bubo  
inguinalis (darunter 5mal doppelseitigen), 3mal um Bubo  
femoralis, 1mal um Bubo cervicalis. Der Mangel an acut  
entzündlichen Erscheinungen, die Sterilität des Inhalts, dessen  
makro- und mikroskopisches Aussehen, der constante Er-  
folg der specifischen Behandlung, alles das bewies, dass  
es sich hier um frühsyphilitische, den Drüsengummen  
gleichwerthige Bubonen handelte, dass der Erweichungs-  
process lediglich durch das Syphilisvirus bedingt war.  
Woher es kommt, dass solche Erweichung für gewöhnlich  
nur Tertiärproducte betrifft, entzieht sich unserer Kennt-  
niss ebenso, wie die Ursache obiger Ausnahmefälle. Dass  
weder die Natur desluetischen Virus, noch eine geschwächte  
Widerstandsfähigkeit des erkrankten Organismus den ab-  
normen Verlauf der Lymphadenitiden verschuldet haben  
kann, folgt daraus, dass in sämmtlichen obigen Fällen die  
S. in jeder Beziehung normal verlief, und dass keiner der  
Pat. an irgend einer anderen constitutionellen Erkrankung,  
insbesondere Tuberculose, litt. Der Werth obiger Beob-  
achtungen für die Praxis liegt zunächst auf diagnostischem  
Gebiete. Bei Pat. mit Frühluës resp. Primäraffect pflegt  
man gummöse Processe nicht zu vermuthen, da ist ein  
Irrthum vor Allem in dem Sinne naheliegend, dass man  
es mit einer Mischinfection zu thun zu haben glaubt, sei  
es pyogener Natur, sei es einer durch Ulcus molle oder  
Gonorrhoe bedingten, ein Versehen, das auch therapeutisch  
verhängnissvoll werden kann. Man wird da sehr sorgfältig be-  
obachten müssen, man denke daran, dass die „gummösen“

Bubonen schon klinisch von den „virulenten“ durch das Fehlen primärer acüter Entzündungserscheinungen, durch die ganz allmählich central beginnende und peripherwärts fortschreitende Erweichung und durch die scharfe, ringartige Begrenzung dieser Parthie unterschieden sind. Die Differentialdiagnose wird dadurch erschwert, dass es nicht ganz leicht ist, den Erweichungsherd als solchen zu erkennen, das sich hier dem Finger darbietende Gefühl von dem der Fluctation zu unterscheiden, worauf es aber gerade ankommt. Sehr schwierig wird die Sache, wenn die Lymphdrüsenaffection das einzige Symptom ist, wie es in fünf Fällen war. Wenn es sich um Leisten- und Schenkelbubonen handelt, ist eine Verwechselung mit virulenten am nächsten liegend. Bei anderweitiger Localisation ist die Differentialdiagnose gegenüber Aktinomykose, Tuberculose und malignen Tumoren mitunter sehr schwierig, sodass man nur ex juvantibus zum Ziel kommt. Man hat bei allen, auch erweichten Drüsengeschwülsten stets an S. zu denken, die Pflicht und in jedem nicht eindeutigen Falle eine specifische Behandlung zur Sicherung der Diagnose zu versuchen, namentlich ehe man sich zu einer Operation entschliesst. Eine Probepunction wird oft die Diagnose klären (s. oben), wird zeigen, dass es sich um erweichte Bubonen handelt. Man muss dann sofort am besten eine combinirte Hg- und Jodbehandlung einschlagen, neben Bett-ruhe und localer Application von Hg-Pflaster, worauf allmählich die Erweichung zur Resorption und der ganze Tumor zum Verschwinden gebracht wird. Wird diese Behandlug nicht rechtzeitig begonnen, so kann es wegen dann eintretender Beschwerden nothwendig werden, zu excidiren, oder die Geschwulst perforirt spontan. In beiden Fällen können Ulcerationen entstehen, die sehr schlechte Heilungstendenz zeigen. Ebenso kann eine Incision, die man infolge der falschen Annahme eines virulenten Bubo für indicirt gehalten hat, recht fatal werden, zumal man durch den Eingriff dem Pat. garnichts nützt, und in der Erwartung, es werde sich jetzt Eiter entleeren, unangenehm getäuscht wird.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 26.)

**Tabes dorsalis.** Das Thema **Tabes und Trauma** bespricht Prof. Dr. Windscheid (Leipzig). Nach der jetzt von den meisten Forschern getheilten Anschauung ist T. eine Vergiftung, bei der das noch nicht näher gekannte, aber wahrscheinlich mit der Syphilis eng zusammenhängende

Toxin zunächst auf das Rückenmark wirkt, indem es hier die hinteren Wurzeln oder die Spinalganglien schädigt. T. ist eine zunächst primäre Rückenmarkserkrankung, alle anderen Veränderungen, cerebrale und periphere, treten erst auf, nachdem das Gift das Rückenmark geschädigt hat, entweder in unmittelbarem Zusammenhang mit den spinalen Affectionen oder als eine denselben materiell zwar coordinirte, zeitlich aber erst später auftretende Erkrankung anderer nervöser Elemente auf derselben aetiologicalen Basis. Ist es nun denkbar, dass ein Trauma dieselbe Wirkung haben könnte? Wir haben es vielfach mit Traumata zu thun, die direct den Rücken, die Wirbelsäule betreffen, vielleicht sogar gerade jene Stelle der letzteren, wo der Theil des Rückenmarkes liegt, den wir als Ausgangspunkt der T. betrachten: das obere Lendenmark. Dann kommen in Betracht Verletzungen des Kopfes und endlich periphere Traumata. Prüft man nun die Frage, ob durch derartige Traumata eine T. entstehen kann, auf ihre anatomische Möglichkeit, so muss die Antwort lauten: Mit absoluter Bestimmtheit lässt sich wohl die Entstehung einer T. durch ein Trauma nicht ausschliessen, dazu sind unsere Kenntnisse über die Art und Weise, wie eine mechanische Gewalt unter Umständen aufs Nervensystem wirken kann, noch zu unklar. Aber nach allem, was wir bisher über die Entstehung einer T. durch die Syphilis wissen, erscheint es sehr unwahrscheinlich, dass eine Verletzung denselben Effect haben sollte, wie das durch die Syphilis erzeugte Gift, von dem wir wissen, dass es thatsächlich electiv auf gewisse Abschnitte des Centralnervensystems wirken kann. Beim Rückentrauma ist es nicht einzusehen, warum eine relativ so grobe Aeusserung zur Läsion von mikroskopisch kleinen Gebilden führen soll, wie es die Spinalganglienzellen oder die hinteren Wurzeln sind. Bestände diese Möglichkeit aus irgend einem Grunde, so wäre sicherlich T. nach Rückentrauma eine sehr häufige Erscheinung, und das ist nicht der Fall. Dass ein den Schädel betreffendes Trauma nicht zu einer directen Läsion von kleinsten Bestandtheilen des Rückenmarks führen kann, liegt auf der Hand. Relativ am einfachsten scheint die Erklärung, dass ein peripherisches Trauma zu einer Affection der genannten Rückenmarkstheile führen könnte. Es giebt ja eine Theorie, welche die T. überhaupt als eine peripherisch bedingte Krankheit hinstellt. Man könnte sich dann denken, dass das Trauma, welches die Verletzung eines peripherischen sensiblen

Nervenstammes bedingt, zu einer ascendirenden Neuritis führt, die sich auf grössere Nervenstämme verbreitet. Das ist eine wohlbekannte klinische Thatsache. Nun kommt aber der Sprung, indem man annehmen müsste, dass diese periphere Neuritis sich secundär unter Betheiligung der hinteren Wurzeln auf das Rückenmark fortpflanzt und so hier das Bild der T. erzeugt. Eine anatomische Erklärung der traumatischen Entstehung der T. stösst also auf grosse Schwierigkeiten. Wir wissen nur, dass das Gift der Lues die für T. charakteristischen Veränderungen am Rückenmark hervorrufen kann. Sollte auch das Trauma dieselben Degenerationen erzeugen, so müsste man sich der Hypothese Hitzig's anschliessen, nach welcher das Trauma ebenfalls ein Gift hervorruft, welches dem Toxin der Lues materiell völlig gleichkommt und daher auch dieselben anatomischen Veränderungen bewirken kann. Und das geht wohl kaum an. Wie steht es nun mit den klinischen Thatsachen? Als absolut beweiskräftig für die Entstehung einer T. durch ein Trauma dürfen wir nur diejenigen Fälle ansehen, in denen wir jede andere Aetiology ausschliessen können, vor allem aber die Syphilis. Hier beginnen nun die grossen Schwierigkeiten, die jedem Praktiker bekannt sind. Nehmen wir einmal einen Fall an, in dem wir weder aus der Anamnese, noch aus dem Befund den Nachweis einer früheren luetischen Infection als gegeben betrachten dürfen, so entwickeln sich nach einem Trauma die ersten tabischen Symptome. Die Zeit zwischen Unfall und Entwicklung schwankt, sie kann Wochen betragen, aber auch Monate. Die grosse Schwierigkeit liegt nun darin, dass die Diagnose der T. in hundert von Fällen in ihren Anfangsstadien gar nicht möglich ist, weil die Betreffenden keine oder nur geringere Beschwerden haben und deswegen nicht zur Beobachtung des Arztes gelangen. Klinisch bestehen nur ganz geringfügige Erscheinungen, reissende Schmerzen in den Beinen z. B., die übersehen werden. Es können centrale Symptome, wie Pupillenstarre, schon lange vorhanden sein, ehe die Patellarreflexe fehlen oder Ataxie eintritt, d. h. die anatomische Veränderung klinisch nachgewiesen wird. Auch giebt es wohl keine Nervenkrankheit, die so verschieden in Bezug auf die Intensität verläuft, wie T. Neben Fällen, in denen 6—8 Jahre lang nur geringe reissende Schmerzen, vielleicht etwas Unsicherheit der Beine bestehen, giebt es Fälle, die binnen wenig Monaten zur schwersten Ataxie mit körperlichem Verfall, Opticusatro-

phie etc. führen. Die Frage also, ob der Pat., der nach einem Trauma tabische Erscheinungen zeigt, nicht schon vor dem Unfalle eine T. gehabt hat, wird sich mit Sicherheit nie entscheiden lassen. Damit aber fällt der absolute positive Nachweis des Zusammenhanges zwischen T. und Trauma auch klinisch völlig zusammen. Es bleibt demgemäss in der Beurtheilung dieses Zusammenhanges nur eine Möglichkeit, nämlich die, dass der Unfall bei einer bereits vorher vorhanden gewesenen T. einen beschleunigenden Einfluss auf die Entwicklung des Leidens gehabt haben könnte. Das ist eine ganz andere Frage. Nehmen wir mal Fälle, wo das Trauma ein locales war, den Rücken direct traf. So beobachtete Autor einen Fall, bei dem die ersten tabischen Symptome nach einer Quetschung des Thorax zwischen 2 Eisenbahnpuffern unter directer Betheiligung des Lendenabschnittes der Wirbelsäule sich entwickelten, einen Fall nach Sturz auf das Gesäss, einen nach Fall mit dem Rücken auf Ziegelsteine u. s. w. In der Litteratur werden erwähnt zahlreiche Fälle von Schädeltraumata, von Contusionen des Rumpfes oder der peripherischen Nerven; eine ganz besondere Rolle spielen die Tabeserkrankungen nach Knochenbrüchen. In allen diesen Fällen ist eine mehr oder minder rapide Entwicklung ausgesprochen tabischer Erscheinungen nach dem Unfalle nachgewiesen worden. Autor glaubt, dass in all den Fällen immer schon die T. latent vorhanden war, und dass das Trauma dabei genau dieselbe Rolle spielte, die wir Erkältungen, Ueberanstrengungen, Erregungen u. dgl. zuschreiben. Wir haben es hier nur mit Hülfsmomenten zu thun, welche den Ausbruch der T. beschleunigen, sehr verschlimmernd auf die Intensität ihres Auftretens wirken können, aber sie wohl nie allein hervorzurufen im Stande sind. Die primäre Ursache der T. ist und bleibt wahrscheinlich immer derjenige Zustand der Vergiftung, der in erster Linie durch die Syphilis und ihre Folgezustände bedingt wird. Die Thatsache, dass bereits bestehende tabische Symptome durch einen Unfall ganz erheblich in ihrer Intensität sich verstärken, hält Autor für vollkommen möglich. Und wie ist der Zusammenhang zu erklären? Man muss da auf die Theorie Edinger's über den mangelhaften Ersatz in der Nervenzelle als Ursache verschiedener Erkrankungen des Nervensystems zurückgreifen. Edinger lehrt, dass die Function des Nerven und seiner Zelle immer einen Ersatz für das verbrauchte Material bedingt. Solange dieser Ersatz in genügender Weise vor sich geht,

arbeitet auch der Nerv normal. Treten aber aus irgendwelchen Gründen Störungen des Ersatzes ein, ist vor allem die Function eine weitaus grössere, als sie dem gelieferten Ersatze des verbrauchten Materials entspricht, dann entstehen Degenerationen. Bei der T. handelt es sich um einen abnormen Zustand der verschiedenen Nervenzellen des Rückenmarks, bedingt durch eine Vergiftung. Dieser Zustand bedingt sicher eine Beeinträchtigung des Ersatzes für die Function der Nerven. Eine Zeit lang, wenn dieser Zustand der Vergiftung noch nicht ganz, vor allem anatomisch, manifest geworden ist, vielleicht einstweilen nur in einer functionellen Schädigung der Nervenzellen des Rückenmarks besteht, vermag der Nerv durch gesteigerte Thätigkeit die Differenz zwischen seiner Leistungsfähigkeit und dem herbeizuschaffenden Ersatze auszugleichen. Dieser Fähigkeit sind aber Grenzen gezogen, entweder wird von selbst langsam ein Nachlassen derselben eintreten oder es wird plötzlich ein Versagen der Nervenfunction eintreten, d. h. der Nerv wird nicht mehr den gesteigerten Ersatzansprüchen gerecht werden können, wenn er von aussen her lädirt worden ist, ein Trauma erlitten hat. So erklären sich vielleicht auch die häufig beobachteten That-sachen, dass die tabischen Erscheinungen sich zuerst an den vom Trauma befallenen Theilen des Körpers einstellen. Einmal traten nach einer Contusion der Lebergegend schwere gastrische Krisen auf, und in Bezug auf cerebrale Erscheinungen kann Autor einen Fall anführen, der einen Tabiker betraf, welcher an einer eben beginnenden Atrophie des Opticus litt und ein schweres Schädeltrauma durch einen Fall auf den Kopf erlitt; im Verlauf von wenigen Monaten stellte sich völlige Blindheit ein. Hier hat zweifellos der Fall auf den Kopf die Opticusatrophie erheblich verstärkt. Zur Vorsicht möchte Autor aber mahnen, wenn das locale Trauma fehlt. Wie sollte man sich den Fall von Opticusatrophie erklären, wenn die Verletzung in einer Quetschung der grossen Zehe bestanden hätte? Auch bei Knochenbrüchen erscheint grosse Vorsicht geboten. Autor glaubt nicht, dass jemand durch die Fractur eines Unterschenkels eine T. erwirbt. Wohl aber kann die Fractur bereits Folge der T. sein, bei der ja grosse Knochenbrüchigkeit besteht, sodass oft bei kleinsten Anlässen Fracturen entstehen. Wird aber noch solch eine Fractur untersucht und Pupillenstarre etc. nachgewiesen, so weiss Niemand, wie lange vorher diese Symptome schon bestanden haben. Nicht unerwähnt möchte Autor noch den Umstand

lassen, dass eine Verwechselung der T. mit chron. Alkoholismus möglich ist, bei dem ebenfalls reflectorische Pupillenstarre, Verlust der Patellarreflexe, reissende Schmerzen in den Beinen vorhanden sein können, nur dass hier diese Symptome ausserordentlich wechselnd in ihrer Intensität sein und bei Alkoholentziehung sogar verschwinden können. So treten mannigfache Schwierigkeiten dem Beurtheiler entgegen. So lange wir nicht über die primäre Erkrankung bei der T. genügend unterrichtet sind, solange wir nicht ganz genau wissen, ob thatsächlich nur allein die Syphilis die Ursache der T. bildet, solange werden wir uns bei der Beurtheilung der Frage, ob Trauma direct T. hervorrufen kann, nur in Hypothesen bewegen können.

(Medicin. Gesellschaft zu Leipzig, 3. III. 1903. — Deutsche med. Wochenschrift 1903 No. 26.)

### **Vitia cordis.** Prof. Naunyn demonstriert eine **paroxysmale**

**Tachycardie bei V.** Der 17jährige Pat. leidet an Mitralklappen- und Aortenfehler und hatte in der Klinik an 4 Tagen je einen Anfall von paroxysmaler Tachycardie mit Pulssteigerung von ca. 80 auf 200—220 Pulse ohne subjective Beschwerden; höchstens wird der Uebergang zur normalen Pulzahl, der unvermittelt erfolgen kann, unangenehm empfunden. Autor wendet sich gegen die Ansicht, dass derartige Anfälle rein nervöser Natur ohne complicirende Herzerkrankung auch nur einigermaassen häufig vorkommen. Fast immer lässt sich diese nachweisen oder überrascht eines schönen Tages den Beobachter. Die Aetiologie der Anfälle ist noch dunkel..

(Unterelsässischer Aerzteverein 23. V. 1903. — Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 22.)

- Ueber **Albuminurie bei Aortenklappeninsufficienz** lässt sich Prof. v. Leube (Würzburg) aus im Anschluss an eine Beobachtung, die einen 19jähr. Pat. betraf, und durch Section beendet wurde. Autor kommt zu folgendem Resultat: Im Gegensatz zu anderen Herzklappenfehlern tritt bei der Aortenklappeninsufficienz eine Albuminurie nicht bloss im Stadium der Compensationsstörung als Ausdruck der venösen Stauung in den Nieren auf, sondern zuweilen auch zu einer Zeit, wo Stauungserscheinungen vollständig fehlen. Die Ursache dieser Albuminurie bei Aortenklappeninsufficienz kann allgemeine Atheromatose im engeren Sinne sein, welche, als primäres Leiden im höheren Alter auftretend, die atheromatöse Induration in den Nieren und



atheromatöse, zur Insufficienz führende Veränderungen an den Aortenklappen als Coeffecte desselben Processes bedingt. In anderen Fällen, speciell bei jugendlichen Individuen, ist die Aortenklappeninsufficienz das primäre Leiden, und es entwickelt sich infolge der durch den Herzfehler hervorgerufenen maximalen Blutdrucksteigerung und der starken Blutdruckschwankungen in den Gefäßen und Capillaren der Niere eine Verdickung der Wand derselben und eine Bindegewebsvermehrung in ihrer Umgebung. Allmählich kommt es zur *Induration der Niere*, die im Gegensatz zur cyanotischen als *arterielle Induration* bezeichnet werden kann. Indem hierbei die Circulation in den Glomerulis Noth leidet und die Epithelien derselben schlechter ernährt werden, tritt Albuminurie auf, und indem weiter auch die Epithelien der Harncanälchen, jene gegen verringerte Sauerstoffzufuhr so ungemein empfindlichen Gebilde, in ihrer Ernährung geschädigt werden, kommt es zur körnigen Trübung und Abstossung, sodass sie zum Theil in Form von granulirten Harncylindern mit dem Urin ausgeschieden werden. Ob und wann die Aortenklappeninsufficienz im einzelnen Falle zur arteriellen Induration und Albuminurie führt, hängt in erster Linie von der Intensität und Dauer des Klappenfehlers ab.

(Münchener med. Wochenschrift 1903 No. 30.)

- **Digitalistabletten**, hergestellt von der Firma Dr. Chr. Brunnengräber (Rostock) empfiehlt Dr. A. Wolff (Rostock). Die Vorzüge dieser Tabletten vor dem alt-hergebrachten Digitalisinfus bestehen in dem pharmakodynamisch festgestellten und gleichbleibenden Gesamtwirkungswerth der Droge, in der unbegrenzten Haltbarkeit und genauen Dosirung, in der bequemen und schnellen Darreichung. 1 Tablette entspricht einem Esslöffel wirksamen Infuses, und ein Röhrchen mit zehn Tabletten kostet in der Apotheke Mk. 1,25.

(Die Therapie der Gegenwart 1903, August.)

## Vermischtes.

- **Anthrasol, einen gereinigten, farblosen Theer**, stellten Dr. A. Sack (Heidelberg) und Dr. H. Vieth (Ludwigshafen) her nach mühevollen Versuchen, die sich einestheils dahin erstreckten, das Pech und die färbenden Bestandtheile des Theers zu entfernen, andererseits letzteren in eine dünnflüssige Form überzuführen. Diese Versuche hatten endlich Erfolg: Der Theer wurde einer Reihe von Reinigungsprocessen unterzogen, die Löslichkeit und dünnflüssige Consistenz wurde dadurch erzielt, dass dem gereinigten Steinkohlentheer die gleiche Menge gereinigten Wachholdertheers zugesetzt wurde, nachdem gefunden war, dass dieser ein sehr hohes Lösungsvermögen für den Steinkohlentheer besitzt. So sind in dem neuen Präparate (Chem. Fabrik Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh.) gerade jene beiden Theerarten vereinigt, die mit energischer Wirkung möglichste Reizlosigkeit vereinen. Es stellt ein leichtflüssiges, hellgelbes Oel dar, welches im Aussehen von Olivenöl kaum zu unterscheiden ist, wohl aber den specifischen Geruch des Theers besitzt. Vermöge der flüssigen Consistenz ist es besonders zu Pinselungen geeignet, es besitzt ein starkes Durchdringungsvermögen für die Haut, wodurch seine bedeutende Tiefenwirkung verständlich wird (wahrscheinlich Folge des Fehlens des Pechs, welches ein Klebenbleiben des gewöhnlichen Theers auf der Oberfläche veranlast. Anthrasol gelangte in folgenden Verordnungen zur Anwendung (in ca. 85 Fällen):

1. Rp. Anthrasol. 10,0  
S. zum Einpinseln.
2. Rp. Anthrasol. 2,0—10,0  
Alcohol. absol. ad 30,0  
S. Anthrasolspiritus.
3. Rp. Anthrasol. 2,0—10,0  
Vaselin. americ.  
Lanolin. aa ad 30,0  
S. Anthrasolsalbe.
4. Rp. Anthrasol.  
Vaselin. americ. aa 5,0  
Zinc. oxyd.  
Amyl. tritic. aa 10,0  
S. Anthrasolpaste.

5. Rp. Anthrasol. 2,0—5,0  
 Zinc. oxyd.  
 Gelatin. alb. aa 20,0  
 Glycerin. 25,0  
 Aquae 30,0  
 S. Anthrasolglycerinleim.

6. Rp. Anthrasol. 5,0—10,0  
 Sulfur. praecip. 10,0  
 Sap. virid. 2,0—10,0  
 Vaseline. americ.  
 sive Pasta Zinc. ad 40,0  
 Cret. alb. 10,0  
 S. Anthrasol-Wilkinsonsalmbe.

Die dünneren alkoholischen Lösungen mit 10% Anthrasol sind für die Behandlung der behaarten Körperstellen, Haarböden, Achseln, Scrotum, Anus geeignet, während bei chron. Hautaffectionen mit Verdickungen und tieferen bindegewebigen Infiltrationen, wie bei *Lichen chron. simplex*, *Psoriasis* u. s. w. die 20—30%igen Lösungen resp. Anthrasol pur am Platze sind. Rp. 3—5 sind für die gewöhnlichen *Ekzeme* (mit Ausnahme der acuten Reizekzeme) vorzüglich geeignet. Bei *parasitären Hautleiden* (*Scabies*, *Trichophytie*, mykotische Ekzeme, *Sykosis* etc.) empfiehlt es sich, den Anthrasolsalben etwas Schwefel und grüne Seife zuzusetzen (Rp. 6). Juckstillende und keratoplastische Wirkung besitzt das Anthrasol in noch höherem Grade, als die gewöhnlichen Theerarten. In einigen Fällen von *Pruritus universalis* übertraf die Wirkung des pur eingepinselten Anthrasols die des *Ol. cadini* erheblich (Vergleiche an correspondirenden Stellen!). Auch *Pruritus ani* scheint durch Anthrasol besser als durch irgend ein anderes Mittel beeinflusst zu werden. Man verwende nach Beseitigung etwaiger Entzündung oder Erosionen die 10%ige alcohol. Lösung, doch werden auch stärkere Concentrationen, selbst Anthrasol pur, gut vertragen. Nach Application (mittels Wattebausches) deckt man zweckmässig (doch ist dies nicht absolut nöthig) noch mit Kühltalbe, etwa.

Rp. Ung. Zinc. benz. 20,0  
 Adip. lan. 10,0  
 Aq. carbol. (5%) 20,0  
 Menthol. 0,2—0,5.

Es konnten so Fälle geheilt werden, die jahrelang anderen Mitteln getrotzt. Mit dieser sicheren Wirkung ist eine

auffallende Reizlosigkeit verbunden, wohl eine Folge des Fehlens von Pech. Bei Verwendung der am meisten gebrauchten 10—20 %igen alkohol. Lösung wurden bisher überhaupt keine Reizerscheinungen beobachtet. Auch das reine Anthrasol zeigt sowohl pur als in Salben eine viel geringere Neigung zum Reizen, als der gewöhnliche Theer. In deutlicher Weise zeigt sich dies bei der Behandlung vesiculöser, nicht infiltrirter, pruriginöser Ekzeme mit Neigung zum Nässen, bei denen der gewöhnliche Theer contraindicirt ist. Diese vertragen Anthrasol besonders in Form der 10—20 %igen Zinkpaste (Rp. 4) meist sehr gut, und es wird eine rasche Restitutio ad integrum der erkrankten Hautstellen herbeigeführt. Anthrasol ist auch nicht theuer: 1 g = 10 Pfg., 10 g = 75 Pfg.

(Münch. med. Wochenschrift 1903 Nr. 18.)

— Den **Speichel als Heilfactor** würdigt Dr. J. Bergmann (Hanau a. M.) in seiner Bedeutung. Der Mensch kann seinen Speichel als Vermittler von Heilwirkungen mit grösstem Nutzen besonders bei 4 Krankheitsformen gebrauchen, und zwar bei:

1. *Halsentzündungen*, sei es die gewöhnliche katarrhalische Mandelentzündung, seien es specifische Affectionen (Angina scarlatinosa, Diphtherie). Der heruntergeschluckte Speichel ist ein vortreffliches Mittel, die entzündeten Theile nach Art eines Oleosum einzuhüllen und so ihren Reizzustand zu mildern.
2. *Superacidität des Magens (Dyspepsia acida)*. Der verschluckte Speichel erscheint infolge seiner alkalischen Beschaffenheit schon physiologisch dazu bestimmt, den Säuregrad des Magensaftes zu reguliren. Jedoch besteht hier die Schwierigkeit, dass der Speichel des Dyspeptikers gewöhnlich eine zu geringe Alkalescenz besitzt, und es ist daher nothwendig, die Speicheldrüsen durch kräftiges Kauen zur Absonderung eines hochalkalischen Secrets anzuregen. Auf diesem Wege erfolgt die Bindung des Säureüberschusses in einer Art, welche sich ganz dem physiologischen Vorgange anschliesst und welche zugleich ohne die geringste Reizung der besonders bei Magengeschwür so überaus schonungsbedürftigen Schleimhaut vor sich geht. Die Erfahrung zeigt denn auch, dass die Beschwerden des Dyspeptikers sich durch regelmässig verschluckten Kauspeichel sicher beseitigen lassen.

3. *Fettleibigkeit.* Die Verminderung der Wassermenge des Körpers ist eine der wichtigsten Aufgaben der Entfettungscuren. Aber Verminderung der Wasseraufnahme genügt nicht, man muss auch dem Körper Wasser entziehen, was meist durch Dampfbäder, Schwitzcur und dergleichen geschieht. Statt der Schweissdrüsen bedient man sich aber weit zweckmässiger der Speicheldrüsen. Durch langes fortgesetztes Kauen und Ausspeien des producirtten Speichels kann man dem Körper grosse Wassermengen entziehen und so das Körpergewicht beträchtlich herabsetzen, wobei das Herz geschont wird.
4. *Wassersucht.* Nachdem v. Leube zufällig an einem Asciteskranken gesehen, dass derselbe durch einen spontan sich einstellenden Speichelfluss von seinem Leiden befreit wurde, wandte er die „Entspeichelung“ therapeutisch an und machte 1899 die Mittheilung: „Durch energisches Kauen kann man, wie mich die Erfahrung an Kranken lehrte, eine stärkere Salivation als mit allen medicamentösen Speichelmitteln erzielen und im Tage bequem 400—1000 ccm eines wässrigen, aus dem Munde überschüssig abfliessenden Speichels erhalten. Während der Anwendung der Kautabletten darf, damit der Salivationseffect derselben richtig beurtheilt werden kann, natürlich nicht mehr Flüssigkeit als gewöhnlich getrunken werden. In 5 Fällen von Pleuritis exsudativa war der Erfolg der Ptyalise jedesmal positiv, in einem der Fälle weniger ausgesprochen als in den 4 anderen Fällen, in welchen eine vollständige Resorption des Exsudats in kürzester Zeit zustande kam.“

Als Mittel den Speichel methodisch und ausreichend zu produciren, hat Bergmann schon vor 7 Jahren die „Kaupräparate“ angegeben. Dieselben werden in 4 Arten hergestellt (Krewel & Co., Cöln a. Rh.), als Halskau-pastillen, Magenkau-tabletten, Kautabletten gegen Fettleibigkeit und Kautabletten gegen Wassersucht.

(Die Therapie der Gegenwart, Mai 1903.)

- Ein neuer **zerlegbarer Zungenspatel** wird von Oberarzt Dr. Geissler (Schöneberg-Berlin) empfohlen. Derselbe lässt sich in jeder Tasche bequem unterbringen, sicher reinigen und mühelos zusammensetzen. Er besteht aus einem Griff und einem Zungentheil, die durch einen sehr einfachen und praktischen Verschluss sich vereinigen lassen. Das

ganze Instrument\*) ist aus Stahl und vernickelt, jede Platte ist aus einem Stück, ohne Niethungen, Löthstellen und Charniere.

(Deutsche Militärärztl. Zeitschrift 1903 No. 5.)

- **Lactagol, ein neues Lactagogum**, empfiehlt Dr. B. Beckmann (Hamburg). Lactagol, hergestellt von der Hamburger Vasogenfabrik, ist ein trockenes Extract aus dem Baumwollsaatmehl und enthält die wirksamen Bestandtheile desselben in concentrirter Form; das gelblichweisse Pulver, von nicht unangenehmem Geschmack, ist im Wasser unlöslich, doch lässt es sich, damit umgerührt, leicht emulsionsartig aufschwemmen und schmeckt besonders in Milch ganz angenehm. Nachdem Autor an Kühen mit befriedigendem Erfolge Versuche angestellt, verabreichte er das Präparat stillenden Frauen (3—4 gehäufte Theelöffel pro Tag), wo es sich gleichfalls als brauchbares Anregungsmittel für die Lactation erwies.

(Deutsche Medicinal-Ztg. 1903 No. 43.)

- **Liquor Sanguinalis Krewel**. Den Anklang, den die *Sanguinalpräparate* der Firma Krewel & Co. in Köln a. Rh. gefunden haben und der häufig geäußerte Wunsch, das Sanguinal auch in *flüssige Form* zu bringen, veranlasste genannte Firma, an die Herstellung eines Liquor Sanguinalis Krewel heranzutreten. Es ist ihr dieselbe denn auch nach langen und mühevollen Versuchen gelungen und ist sie nunmehr in der Lage, in ihrem Liquor Sanguinalis Krewel ein Präparat anzubieten, das vorzugsweise für alle diejenigen Pat. bestimmt sein dürfte, die aus diesem oder jenem Grunde Anstoss an der Pillenform nehmen, (z. B. manche Geistesranke). Das flüssige Sanguinal schmeckt angenehm, ist unbegrenzt haltbar und enthält im Gegensatz zu anderen im Handel befindlichen Eisenpräparaten nicht das die Därme irritirende Glycerin.

Es besteht aus:

95 Procent flüssigem Haemoglobin,  
2,5 „ natürlichen Blutsalzen,  
2,5 „ peptonisirtem Muskelalbumin,  
sowie einer Spur Mangan.

Die Zusammensetzung des flüssigen Liquor Sanguinalis Krewel correspondirt mithin mit der des Sanguinalis in Pillenform. Einschlägige, ausgedehnte, klinisch-therapeutische Prüfungen haben die Richtigkeit dieser Annahme voll und ganz bestätigt.

\*) J. Thamm, Berlin N. W. Karlstr. 14.

Erwachsene nehmen drei- bis viermal täglich einen halben Esslöffel voll vor den Mahlzeiten, Kinder dreimal täglich einen Theelöffel, Säuglinge zweimal täglich einen halben Theelöffel voll in Milch.

Der Liquor Sanguinalis Krewel darf nur mit kalten oder lauwarmen Flüssigkeiten verdünnt werden. Man giebt ihn in Südweinen, wie Portwein, Tokayer, Samos oder auch mit Rheinwein und in den Fällen, in denen alkoholische Getränke contraindicirt sind, mit Mineralwasser oder Milch.

- Einen **Beitrag zur Beurtheilung des therapeutischen Werthes des Heroins** liefert Dr. A. Crha (Bezirkskrankenhaus Beneschau). Er gab das Mittel in Dosen à 3 mg 2 bis 3 mal täglich, welche Gabe hinreichte, den Pat. für mehrere Stunden Ruhe zu verschaffen. Nur selten gab er grössere Dosen, und da nur dort, wo er analgerische Wirkung erzielen wollte (hier Injection von 5 mg bis 1 cg pro dosi von einer 1%igen Lösung). Sehr viel wurde Heroin (als Pulver) angewandt bei *Phthisis*. Pat., welche Nachts quälenden Husten hatten, bekamen um die 8. Abendstunde 0,003 g und bekamen so durch 4—8 Stunden Ruhe. Der Taghusten wurde in der Regel nicht zu unterdrücken gesucht; nur wo er sehr trocken und andauernd war, wurde Heroin ordinirt in der Tagesdosis von 0,006 g, die zur Hustenstillung hinreichte. In Fällen fortgeschrittener Phthise, wo Athemnoth und ein dauerndes Druckgefühl auf der Brust vorhanden war, verschaffte Heroin den Pat. Erleichterung, indem es nicht nur rasch den Husten unterdrückte, sondern auch ein Gefühl des Freiseins und leichter Athmung brachte, einige Male auch die Athmungsfrequenz herabminderte. Gute Dienste leistete Heroin auch bei *Kehlkopftuberculose*. 6 mal wandte es Autor bei Haemoptoe an (0,005—0,006 pro dosi), wo es sich ebenfalls bewährte. Auch bei *Bronchitis* (acuta und chronica) ersetzte Heroin die gebräuchlichen Narcotica in einer Tagesdosis von 0,006 g vollständig. Bei *Emphysem* schwand nach Heroin die Athemnoth, bei nichtcompensirten *Herzfehlern* Athemnoth und das Gefühl des Zusammenziehens in der Herzgegend. Gut wirkte ferner Heroin in einem Falle von *Asthma cardiale*. Als Analgeticum applicirte Autor Heroin combinirt mit Antipyrin oder allein per os und subcutan bei Ischias, Trigeminusneuralgieen, Arthralgieen, hier aber mit geringem Erfolge. Besser war die Wirkung bei Genitalerkrankungen. Bei schmerzhafter *Perimetritis*

legte Autor in Glycerinlösung (1,5 : 1000,0) getränkte Tampons ein, sodass etwa 0,015 g Heroin in die Scheide kam. Bei frischer Perimetritis trat die Wirkung bald und anhaltend ein, bei älterer schwächer und kürzer. Die Schmerzen wichen auf 6—8 Stunden; keine lokalen Reizerscheinungen. Bei *schmerzhaften Erectionen* bewährte sich Heroin gut. Nach einer 2maligen Dosis von 0,004 g blieben die Erectionen aus. Alle Reizerscheinungen, namentlich das Gefühl eines schmerzhaften Zuges am Samenstrange, schwanden nach einem Heroin-suppositorium (0,008 pro dosi) in  $\frac{1}{4}$  Stunde. Auch bei *Epididymitis* und *Prostatitis* linderten die Suppositorien die Schmerzen auf 4—6 Stunden.

(Die Heilkunde 1903 No. 5.)

- Die **Verabreichung von Chinin bei Kindern** stösst meist auf Schwierigkeiten. Diese lassen sich nach Dr. Borde (Bordeaux) leicht überwinden, wenn man in folgender Weise vorgeht. Man mischt in einem Mörser Chinin. sulfur. 1,0 mit Ol. Olivar. 8,0 g. 20 Tropfen enthalten 0,05 von dem Chininsalz. Bringt man nun in einen zur Hälfte mit kalter (womöglich versüsster) Milch gefüllten Esslöffel eine bestimmte Anzahl Tropfen dieser öligen Mixtur, so bildet sich in der Mitte der Milch und an ihrer Oberfläche eine Linse. Da jedes Chinintheilchen nun in Öl gehüllt ist und wie eine kleine Pille über die feuchte Mundschleimhaut gleitet, schluckt das Kind den Inhalt des Esslöffels ohne Widerstreben hinunter. Erst einige Secunden später empfindet es einen leicht bitteren Geschmack, der jedoch rasch verschwindet und auch vermieden wird, wenn unmittelbar nach Verabreichung der Mixtur ein Schluck irgend einer Flüssigkeit getrunken wird.

(La Semaine méd. 1903 No. 9. — Therap. Monatshefte 1903 No. 5.)

- **Benzin zum Reinigen der Haut** wendet seit mehreren Jahren Dr. Mohr (Magdeburg) an. Das billige Mittel ist vorzüglich geeignet, um verschmierte Wunden zu reinigen, Fett, Pflasterreste, harzige Substanzen etc. zu entfernen. Es reizt absolut nicht, erzeugt selbst bei offenen Wunden keinen Schmerz und kann auch in der Nähe der Augen benützt werden, da es auch dem Auge nicht schadet.

(Der prakt. Arzt 1903 No. 6.)

- **Aspirin und Natr. bicarbon.** zusammen soll man nicht verordnen, denn die Mischung wird bald dunkelgefärbt und



weichmatschig. Ursache: Verseifung des Acetylsalicylsäure-aethers durch das Natriumbicarbonat.

(Schweiz. Wochenschrift f. Pharmacie 1903 No. 25.)

- Eine **erfolgreiche Transplantation der Hälfte des Nagelgliedes eines Fingers** nahm Dr. H. Secretan vor bei einer Arbeiterin, der im Niveau der Nagelbasis das Vorderglied des linken Mittelfingers durch eine Schneidemaschine weggeschnitten worden war, das sie 1 $\frac{1}{2}$  Stunden später, in Zeitungspapier gewickelt, dem Autor brachte. Es wurde sorgfältig in lauem Wasserbade gereinigt und mit 3 Nähten wieder befestigt, worauf es vollständig wieder anheilte, sodass man später fast gar nichts mehr von der Verletzung bemerkte. (Revue médic. de la Suisse Romande 1903 No. 6.)

- **Die Vermeidung und Beseitigung unangenehmer Nebenwirkungen einiger Medicamente auf den Magen durch Extr. Chinae Nanning** lässt sich nach Dr. Schuppenhauer (Berlin) erreichen. So kann man unangenehme Magenbeschwerden, wie sie bei *Natr. salicyl.* auftreten, hintanhalten, wenn man dieses nach dem Essen nehmen lässt, vor dem Essen aber (3 mal täglich) 15—20 Tropfen des Extr. Chinae. Dass letzteres das Gleiche leistet bei der Medication von *Creosot*, hat schon Thomalla hervorgehoben, zur Beseitigung der Dyspepsie bei Gebrauch von *Quecksilber* und *Jodkali* Bolen. Wie prompt die Darreichung des Extr. Chinae Nanning, das Autor auch als ausgezeichnetes Stomachicum bei Anaemie, Chlorose, Alters- und Alkoholdyspepsie u. s. w. schätzen gelernt hat, zur Vermeidung der Hg- und JK-Dyspepsie wirkt, hat er in einer Reihe von Fällen zu beobachten Gelegenheit gehabt.

(Allgem. med. Central-Ztg. 1908 Nr. 20.)

---

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Dr. E. Graetzer in Sprottau.



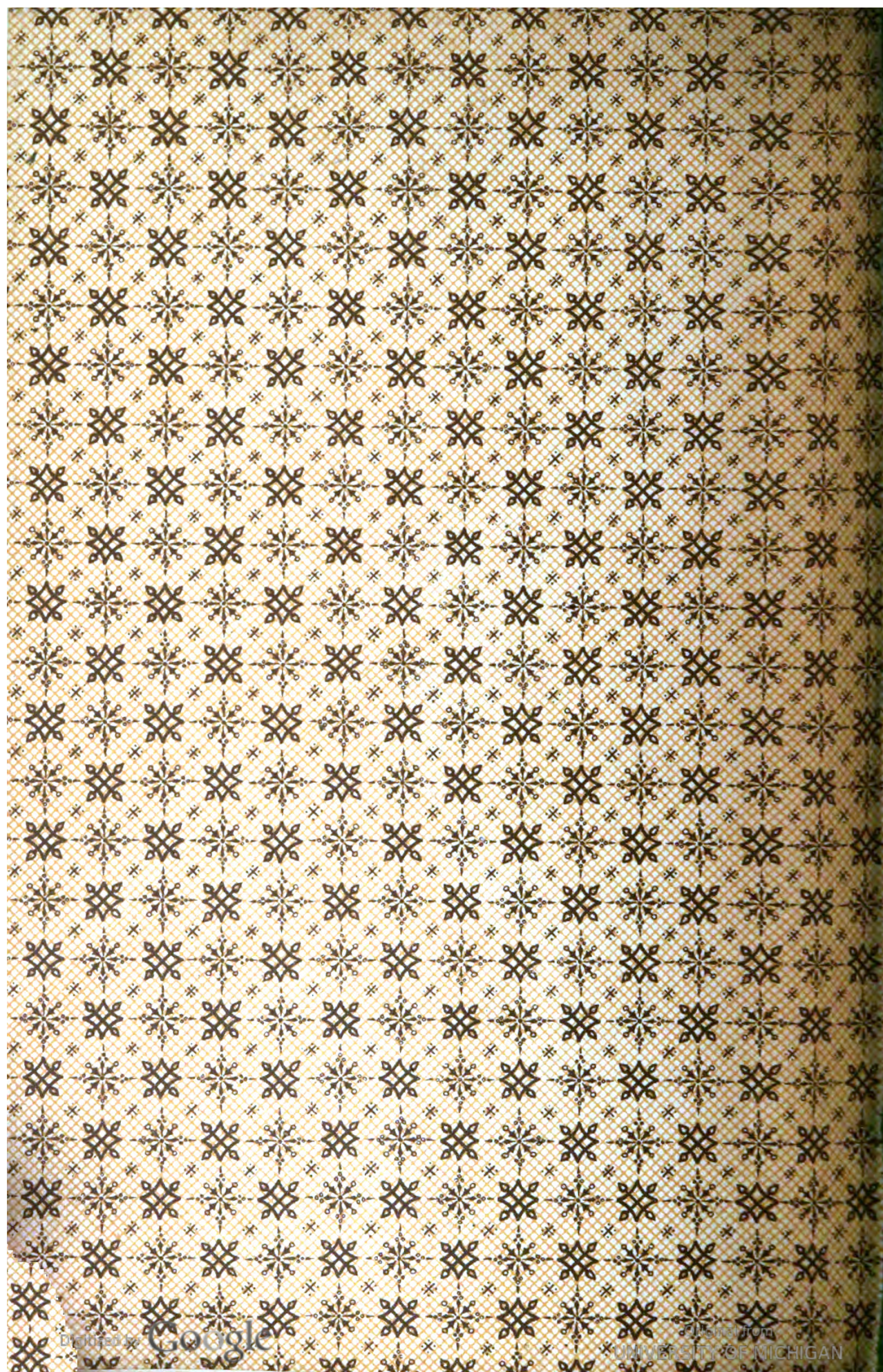
















3 9015 05976 9557





